

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XVIII**

**№ 3**

**2012**

**Москва-Павлодар**

---

---

### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; 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; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А.А. Чуркин; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов**

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

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

**Регистрационное свидетельство №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: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200  
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93  
E-mail: neovitae@pisem.net**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига

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

Том XVIII  
№ 3  
2012 год

выходит  
4 раза в год

*Катков А.Л.*

Модель двухуровневой развивающей коммуникации как базисная технология формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии

7-12

*Катков А.Л.*

Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии

12-16

*Прилуцкая-Сущенко М.В., Куржикбаев Д.Б.*

Исследование основных характеристик игрового поведения и рисков вовлечения в лудоманию у клиентов букмекерских контор городов Павлодар и Экибастуз

16-26

### ПСИХОТЕРАПИЯ

*Абдуллина Г.С.*

Комплаенс в психотерапевтическом процессе

27-30

*Абдуллина Г.С.*

Психосоматические расстройства у пациентов, получающих терапию по поводу сердечнососудистой патологии

30-33

*Аяганова Д.Е.*

Опыт проведения психотерапевтических групп с ВИЧ-инфицированными клиентами (структурный анализ)

33-37

*Бугаенко С.Н., Ахметова Г.К., Нургазина А.З.*

Актуальность психотерапии при шизофрении

37-39

*Бурикова И.С.*

Политическая роль социальной психотерапии в восстановлении человеческого капитала страны

40-44

*Катков А.Л.*

Метамодель социальной психотерапии как основной инструмент противодействия деструктивным социальным эпидемиям

44-46

*Катков А.Л.*

Психотерапевтические компоненты и контексты реабилитационных программ, основанных на идеи терапевтического сообщества

47-54

*Катков А.Л.*

Психотерапевтические компоненты программы реабилитации зависимых от психоактивных веществ «12 шагов»

54-63

*Катков А.Л.*

Психотерапия в профессиональных, высокоструктурированных программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ

64-69

*Коновалова М.А.*

Программа «Толерантность» как опыт социальной терапии

70-74

---

---

<i>Пушкина М.А.</i>	
Массовая социальная психотерапия, как современный	
элемент поддержания политической стабильности	74-81
<i>Титова В.В.</i>	
Теле-, радио- и интернет-коммуникация в психотерапии:	
модель массовой первичной психотерапевтической по-	
мощи населению и ее апробация	82-87
<i>Чугунов Д.Н.</i>	
Психодиагностический подход к изучению уровня со-	
циальной фruстрации у больных алиментарным ожи-	88-89
рением	

## **ПСИХИАТРИЯ**

<i>Ахметова Г.К.</i>	
Профилактика и лечение депрессии в пожилом возрасте	90-92
<i>Ахметова Г.К., Бугаенко С.Н.</i>	
Особенности депрессии в пожилом возрасте	93-95
<i>Жанарбаева А.Е.</i>	
К вопросу о диагностике аутистических расстройств дет- ского возраста (краткое сообщение)	95-97

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

<i>Россинский Ю.А.</i>	
Деятельность образовательных программ противодей- ствия эпидемии ВИЧ: специалисты и сотрудники про- ектов	98-101
<i>Россинский Ю.А.</i>	
Деятельность образовательных программ противодей- ствия эпидемии ВИЧ: квалификация и подготовка про- фессионала-специалиста	101-104
<i>Россинский Ю.А.</i>	
Образовательные программы по противодействию эпи- демии ВИЧ в Центральной Азии: информационно-пси- хологический семинар-тренинг	105-107
<i>Резюме</i>	108-117

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## CONTENT

### SOCIAL EPIDEMICS

#### FOUNDERS:

<i>Katkov A.L.</i>	
Two-level model of developing communication as a basic technology of high levels of resistance to engage in destructive social epidemics	7-12
<i>Katkov A.L.</i>	
Universal algorithm, the main targets and options of the formation process of stability to engage in destructive social epidemics	12-16
<i>Prilutskaya-Sushenko M.V., Kurzhikbaev D.B.</i>	
Study of the main characteristics of play behavior and the risks involved in Gamblers at clients of bookmakers in Pavlodar and Ekipastuz	16-26

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

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

**Volume XVIII**

**№ 3  
2012**

**Published 4 times  
in a year**

### PSYCHOTHERAPY

<i>Abdullina G.S.</i>	
Compliance in the psychotherapeutic process	27-30
<i>Abdullina G.S.</i>	
Psychosomatic disorders in patients receiving therapy for cardiovascular disease	30-33
<i>Ayaganova D.E.</i>	
The experience of the psychotherapeutic groups of HIV-infected clients (structural analysis)	33-37
<i>Bugaenko S.N., Ahmetova G.K., Nurgazina A.Z.</i>	
The relevance of psychotherapy in schizophrenia	37-39
<i>Burikova I.S.</i>	
The political role of social therapy in the restoration of the human capital of the country	40-44
<i>Katkov A.L.</i>	
Metamodel of social therapy as the main instrument to counteract the destructive social epidemic	44-46
<i>Katkov A.L.</i>	
Psychotherapeutic components and contexts of rehabilitation programs, based on the idea of the therapeutic community	47-54
<i>Katkov A.L.</i>	
Psychotherapeutic components of program of rehabilitation dependent on psycho active substances «12 steps»	54-63
<i>Katkov A.L.</i>	
Psychotherapy in a professional, highly structured programs of medical and social rehabilitation of substance dependence	64-69
<i>Konovalova M.A.</i>	
Program «Tolerance» as the experience of social care	70-74
<i>Pushkina M.A.</i>	
Mass social psychotherapy, as a modern element of political stability	74-81

---

---

*Titova V.V.*

TV, radio and internet communication in psychotherapy: a model of mass primary psychological care to the population and its testing

82-87

*Chugunov D.N.*

Psychodiagnostic approach to the study of the level of social frustration in patients with alimentary obesity

88-89

## **PSYCHIATRY**

*Ahmetova G.K.*

Prevention and treatment of depression in old age

90-92

*Ahmetova G.K., Bugaenko S.N.*

Features of depression in old age

93-95

*Zhanarbaeva A.E.*

On the diagnosis of autistic disorders of childhood (short report)

95-97

## **HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.**

*Rossinsky Yu.A.*

Activities of educational programs to the HIV epidemic: experts and project staff

98-101

*Rossinsky Yu.A.*

Activities of educational programs to the HIV epidemic: qualifications and training of professional specialist

101-104

*Rossinsky Yu.A.*

Educational programs on HIV in Central Asia: Information and psychological training seminar

105-107

*Summary*

108-117

---

---

---

---

## СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УДК 615.89; 615.832.9; 615.851

### МОДЕЛЬ ДВУХУРОВНЕВОЙ РАЗВИВАЮЩЕЙ КОММУНИКАЦИИ КАК БАЗИСНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ВЫСОКИХ УРОВНЕЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ВОВЛЕЧЕНИЮ В ДЕСТРУКТИВНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

А.Л. Катков

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

В период 2001-2011 годов в рамках отдельного научного проекта (основные исполнители – кафедра психотерапии, психиатрии - наркологии, клинической и консультативной психотерапии РНПЦ МСПН, руководитель проекта – профессор А.Л. Катков; кафедра психотерапии, медицинской психологии с курсом сексологии и сексопатологии Российской Академии последипломного образования, руководитель – профессор В.В. Макаров) нами проводилось интенсивное изучение направления интегративной и эклектической психотерапии. В частности, разрабатывалась модель двухуровневой развивающей коммуникации – как главного методологического базиса исследуемого направления профессиональной психотерапии. Параллельно исследовалась возможность использования данной модели в качестве базисной технологии по формированию высоких уровней устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания), психологической зависимости (вовлечение в экстремистские организации, тоталитарные секты, игромания, компьютерную зависимость).

Основные характеристики разработанной модели двухуровневой развивающей коммуникации были следующими:

– данная модель содержит аргументированное научное обоснование основного востребуемого эффекта – возможности достижения значительных устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в отношении компенсации исходного и привносимого дефицита в сфере идентифицированных характеристик психологического здоровья-устойчивости, а также обоснование механизмов достижения искомого результата в ограниченные временные периоды, сопоставимые с продолжительностью стандартных профилактических и лечебно-реабилитационных программ;

– разработанная модель может эффективно использоваться как в отношении успешного прохождения универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды (работа с универсальными мишенями), так и с целью полноценного решения специфических пси-

хологических и иных проблем, возникающих у лиц с зависимостью и адаптационными нарушениями на различных этапах оказания профессиональной помощи (работа со специальными мишенями);

– уникальная особенность рассматриваемой модели состоит не только в возможностях создания на данной основе соответствующих профилактических и терапевтических инновационных технологий, существенно превосходящих по своей эффективности традиционные подходы, но главным образом в том (и это особенно важно с позиции охвата населения наиболее востребованными видами помощи), что основные механизмы двухуровневой развивающей коммуникации при определённых условиях могут быть транслированы в традиционные развивающие технологии – тренинговые, консультативные, воспитательные, образовательные – с существенным повышением их эффективности. То есть данная модель может выполнять важнейшую функцию системообразующего технологического стержня метамодели социальной психотерапии;

– все вышеназванные положения должны находить подтверждение в корректных экспериментах по определению сравнительной эффективности инновационных технологий, разработанных на основе рассматриваемой модели, и традиционно используемых профилактических и терапевтических подходов.

На основе интерпретации результатов, полученных в ходе многолетних исследований (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Титова В.В., 2002; Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В., 2003; Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В., 2004; Катков А.Л., 2004; Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005; Катков А.Л., Нургазина А.З., 2006; Макаров В.В., Катков А.Л., 2009; Катков А.Л., Макаров В.В., 2010), были сформулированы следующие основные положения, характеризующие модель двухуровневой развивающей коммуникации.

Известный тезис в отношении того, что большая часть информационных процессов протекает на вне-сознательном уровне, и что «характернейшей особенностью неосознаваемых сфер психической деятельности являются возможности достижения того,

что не может быть достигнуто при опоре на рациональный, логический, вербальный и поэтому осознаваемый опыт» (Выготский Л.С., 1935) в нашем случае получил следующее развитие.

Скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации находятся в прямой зависимости от адаптационных режимов, в которых действуют внесознательные инстанции. Данные режимы представлены: 1) общими функциями – непрерывным тестированием среды на предмет определения базисной адаптационной стратегии (опасно – безопасно, интересно – неинтересно); выбором оптимальной, по отношению к существующим условиям, адаптационной стратегии; генерацией соответствующих параметров импульсной активности сознания (нейрофизиологических характеристик активности мозга, имеющих отношение к режимам «жёсткости – пластики»); быстрой мобилизацией индивидуальных ресурсов – биологических, психологических, креативно-пластических – на эффективное достижение стратегических адаптационных целей; 2) базисными адаптационными стратегиями: репродуктивной адаптационной стратегией, направленной на продолжение рода, и генерацию соответствующей гормональной и поведенческой активности; защитно-конфронтационной адаптационной стратегией, направленной на сохранение рода, – ресурсы организма в этом случае мобилизуются на сопротивление, агрессию или бегство, обеспечивающие сохранение статус-кво (Я остаюсь тем, кем Я был); синергетической адаптационной стратегией, направленной на развитие индивида, достижение эффективных изменений (Я становлюсь тем, кем Я хочу быть), с мобилизацией ресурсов на достижение состояний гиперпластики. Последняя адаптационная стратегия и гиперпластический режим активности внесознательных инстанций представляются наиболее интересными и перспективными с позиции достижения востребуемого профилактического либо терапевтического эффекта – достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в ограниченные временные периоды.

Содержательные характеристики синергетической стратегии внесознательных инстанций, наиболее востребованные в модели двухуровневой развивающей коммуникации, следующие: *пластика Я* (с позиции разрабатываемого нами темпорального принципа организации психических процессов) (Катков А.Л., 2003, 2006), такая высокointегрированная, синтетическая система как Я, понимаемая, в том числе и как эпифеномен всех видов памяти субъекта, – изначально предрасположена к активности в гиперпластическом режиме, что доказывается самой возможностью образования Я-феномена. Синергетический режим внесознательных инстанций актуализирует гиперпластический потенциал Я, вследствие чего появляется возможность тера-

певтической диссоциации личностного ядра субъекта, вовлечённого в данный процесс, по отношению к своим множественным компонентам: Я - функциям (Я - памяти, Я - мышлению, Я - поведению и пр.); Я - свойствам (устойчивости к агрессивному влиянию среды); Я - статусам (Я - ребёнку, Я - родителю, Я - партнёру, Я - профессиональному и др.). Соответственно, вероятность эффективной трансформации тех диссоциированных компонентов психической активности субъекта, которые и являлись причиной появления адаптационных расстройств, существенно возрастает. С позиции всего вышеизложенного особенно важно представляется возможность терапевтической диссоциации и форсированного развития Я - свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии); *пластика времени* (в условиях синергетической активности внесознательных инстанций существенно облегчается возможность ретроспективных и проспективных перемещений во времени, достижения возрастной регрессии и прогрессии, эффективной проекции планируемых результатов в будущее. С позиции разрабатываемого нами подхода особенно важно, что за счёт механизмов временной пластики могут существенно более эффективно решаться проблемы компенсации деструктивного варианта прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, выстраиваться конструктивные жизненные сценарии с их устойчивой проекцией в будущее, формироваться ресурсная метапозиция, характерная для зрелого человека); *пластика обстоятельств* (в условиях синергетической активности существует возможность терапевтической модификации имеющихся жизненных обстоятельств, а в сочетании с временной пластикой – обстоятельств прошлого и будущего субъекта; такая возможность реализуется за счёт акцентирования или усиления концентрации каких-либо значимых аспектов ситуации, разрешения или удаления из ситуации травмирующих, «шумовых» моментов, выхода за пределы ситуации с одновременным уменьшением степени её значимости, то есть достижения ресурсной трансценденции и др.); *пластика контекстов* (в условиях гиперпластического пространства двухуровневой развивающей коммуникации существует возможность терапевтической трансформации негативно-эмоциональных антиресурсных контекстов какой-либо настоящей, а с учётом потенциала временной пластики – прошлой и будущей ситуации, в позитивно-эмоциональный ресурсный контекст при сохранении событийного строя происходящего; то есть речь идёт о том, что травматическую память, негативное восприятие настоящего и ожидание будущего можно перевести в полярно противоположные терапевтические контексты с одновременным форсированным развитием достаточно устойчивого ресурсного состояния, профилактирующего поисковое поведение субъекта в сторону добывания

адаптогенов быстрого действия); множественная гиперпластика (данный феномен является интегративной содержательной характеристикой синергетической стратегии внесознательных инстанций, обеспечивает высокую скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации, гиперпротекцию используемых структурированных технологий – психотерапевтических, консультативных, тренинговых, воспитательных, образовательных, высокую скорость конструктивных изменений субъекта в избранном направлении; феномен множественной гиперпластики может быть обозначен как разлитой терапевтический транс – состояние измененных характеристик импульсной активности сознания субъекта, – для которого, в отличие от индуцированного транса, не характерен «увод» осознаваемого личностного ядра на периферию сознания, напротив, уровень креативной активности данной инстанции психики субъекта только лишь возрастает).

Гиперпластический статус субъекта манифестирует спонтанно, вслед за переходом от защитно-конфронтационной базисной стратегии внесознательных инстанций к синергетической. То есть для формирования разлитого терапевтического транса не требуется реализации каких-либо структурированных технических приёмов, что является весьма важным обстоятельством в смысле возможности трансляции основных механизмов двухуровневой коммуникации в наиболее распространенные развивающие практики. Такого рода «переключение» базисных адаптационных стратегий сопровождается характерными изменениями в моторной, вегетативной, эмоциональной сферах, которые могут быть адекватно интерпретированы (диагностированы) и восприняты как сигнал к использованию структурированных технологий, направленных на достижение соответствующих изменений у субъекта. Однако наиболее важными признаками формирования разлитого терапевтического транса, с точки зрения последующей динамики развития, являются пластические изменения в сферах Я - мышления, Я - поведения, о чём можно судить по критической редукции таких форм поведения субъекта, которые традиционно обозначаются как «сопротивление» или «психологическая защита» (с нашей точки зрения, данные поведенческие стереотипы представляют типичную атрибутику защитно-конфронтационной стратегии адаптации, которая закономерно редуцируется при переключении активности внесознательных инстанций на полярно противоположную синергетическую стратегию адаптации), а также – по существенному возрастанию уровня креативной активности субъекта.

Из вышеизложенного следует, что основа множественной гиперпластики – главного условия, обеспечивающего скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации, – управляемая адаптационная активность внесознательных инстанций.

Такого рода экологическое управление обеспечивается специально разработанными метатехнологическими подходами, основу которых представляют специфические статусные характеристики фасilitатора (психотерапевта, консультанта, тренера, воспитателя) и определённые профессиональные навыки, «всегда присутствующие» в общем поле развивающей коммуникации. Так, нами (Катков А.Л., 2006) была отмечена особая значимость следующих статусных характеристик и профессионального поведения фасилитатора:

1) *Я - техника* (профессионал должен находиться в ресурсном состоянии, предполагающем наличие актуализированной синергетической базисной стратегии внесознательных инстанций, метапозиции, открытой к изменениям; наличие особого, «диалогизированного» режима активности, позволяющего, с одной стороны, быть заинтересованным участником диалога с вовлеченым субъектом, а с другой – внимательно отслеживать динамику соответствующих изменений. Особый ресурсный статус фасилитатора и соответствующая генеративная активность его внесознательных инстанций являются мощным стимулом для переключения защитно-конфронтационной базисной стратегии адаптации на синергетическую и запуска механизма идентификации с ключевыми характеристиками ресурсного статуса фасилитатора, инициируемых внесознательными инстанциями вовлечённого субъекта. Таким образом ещё на этапе установления контакта и диагностическом этапе двухуровневой развивающей коммуникации клиент может почувствовать, что ситуация в отношении заявляемых им проблем кардинально изменилась: то, что из метапозиции доминирования защитно-конфронтационной стратегии адаптации (наиболее вероятного исходного антиресурсного статуса клиента) представлялось «тупиковым, сложным или неподъёмным» – из полярно противоположной метапозиции ассимилированных характеристик ресурсного статуса фасилитатора и синергетической базисной адаптационной стратегии, «вдруг» предстаёт в совершенно ином свете – перспективным и вполне решаемым.

В свете всего изложенного становится понятным истинное значение таких достаточно традиционных характеристик общих терапевтических факторов, как «важность установления доверительных отношений между терапевтом и клиентом», «важность личностных характеристик профессионального психотерапевта», «вера в то, что психотерапия может помочь» и пр. (Nietzel M.T., Fisher S.G., 1981; Stein D.H., Lambert M.J., 1984; Magraf J., Bauman V., Bedeutung W., 1986; Beutler L.E., Machado P.P., Neufeldt S.A., 1994; Lambert M.J., Bergin A.E., 1994; Garfield S.L., 1994).

2) *постоянное вербальное – прямое и косвенное – и невербальное подкрепление безопасности субъекта, вовлечённого в процесс двухуровневой развивающей коммуникации (фасилитатор постоянно*

янно демонстрирует открытую мета-позицию спокойного интереса к субъекту, эмпатии, «дистанционной сердечности» – в эмоциональной сфере, понимание и уважение к занимаемой позиции и оценочным суждениям клиента – в собственно коммуникативной сфере, наличие «успокаивающих», «присоединяющих» и «стимулирующих» жестов – в сфере моторной активности. Фалиситатор заявляет клиенту о полной конфиденциальности озвучиваемой в ходе терапевтической коммуникации информации (при групповом формате занятий такое решение, с подачи фалиситатора, принимает терапевтическая группа). При появлении малейших намёков на сопротивление к продвижению в исследуемой проблемной сфере, фалиситатор - терапевт должен обязательно подтвердить безопасность клиента в смысле того, что тот имеет полное право сообщать лишь то, чем действительно хочет поделиться, и что эта информация в любом случае будет полностью конфиденциальной. Как правило, после такого подтверждения активность клиента существенно возрастает. В процессе подготовки профессионалов развивающего профиля, в частности, по вопросам реализации рассматриваемой метатехнологии, следует обращать внимание на то, что в отсутствие ресурсного статуса и конгруэнтной активности фалиситатора, выражающейся в соответствии вербального и неверbalного поведения (например, в случае недоброжелательности, напряжения и неуверенности терапевта на первых этапах построения развивающей коммуникации) рассматриваемая метатехнология неэффективна. Внесознательные инстанции вовлечённого субъекта, выполняющие в данном случае функции «детектора правды», считывают сигнал о наличии соответствующей конфронтационной базисной стратегии фасилитатора, и мобилизуют психику клиента на сопротивление, защиту – то есть в полярно противоположную сторону от гиперпластического полюса быстрых изменений);

3) *постоянное вербальное и невербальное подкрепление креативной активности вовлечённого субъекта* (одобрительные мимические реакции, жесты и слова-междометия, продемонстрированные и сказанные в особо важный сензитивный момент первых осторожных шагов клиента в сторону развития и ожидания реакции от значимой фигуры фалиситатора – выполняют функцию катализаторов креативной активности клиента, подкрепляют синергетическую стратегию его внесознательных инстанций, придают устойчивость формируемому ресурсному статусу. Рассматриваемая мета-технология адекватно работает лишь в случае активности первого из рассматриваемых метафакторов – «Я - техники», за счет чего и формируется особая значимость фигуры фалиситатора - терапевта для внесознательных инстанций клиента);

4) *формирование и подкрепление стыковочных сценариев желаемых терапевтических изменений* (под термином «стыковочный сценарий» в данном случае подразумевается специальная программа конструктивных изменений вовлечённого субъекта, привязываемая к определённой последовательности структурированных технических действий и оформленная как «неявный» возврат клиенту его собственных, сценарно-проработанных ожиданий от проекта терапии или любой другой развивающей коммуникации. Обязательными условиями успешного оформления стыковочного сценария является адекватная детализация конструктивных ожиданий клиента от соответствующего терапевтического процесса, формирование множественной гиперпластики, совместное обсуждение последовательности структурированных технических действий с проговариванием того, какие именно желательные эффекты будет вызывать то или иное техническое действие, отслеживание невербальных реакций клиента, свидетельствующих об «утверждении» программы проговариваемых терапевтических изменений внесознательными инстанциями психики клиента. В этом случае с известной долей уверенности можно ожидать, что программа конструктивных изменений будет воспроизведена в ходе последовательной и четкой реализации оговоренных структурированных технических действий, практически в автоматическом режиме. Что, собственно, и является основным механизмом гиперпротекции структурированных технических действий, реализуемых в условиях множественной гиперпластики. При этом важно помнить, что рассматриваемая метатехнология может быть успешно воспроизведена лишь в условиях синергетической активности всех вышеобозначенных метатехнологических подходов);

5) *формирование и подкрепление перспективного сценария продолжающихся конструктивных изменений* (в данном случае речь идёт о тех же самых механизмах оформления соответствующего стыковочного сценария, привязываемого к значимым компонентам конструктивного жизненного сценария. Последний формируется за счёт использования специальных структурированных или тренинговых техник. Проговариваемая программа продолжающихся терапевтических изменений содержит характеристики ресурсной достаточности субъекта, возможность его функционирования в креативно-пластическом режиме, возможность ненавязчивого «присутствия» фалиситатора в виртуальном психологическом пространстве субъекта в качестве позитивной референтной группы, оптимистические ожидания и уверенность фалиситатора в успешном прохождении клиентом важных жизненных рубежей. Работа с перспективными стыковочными сценариями должна проводиться на пике креативно-пластической активности и позитивных переживаний клиента в отношении только что полученных и в пол-

ной мере осознанных результатов терапевтической сессии или иной развивающей коммуникации. Такого рода результаты гораздо лучше любых других вербальных аргументов убеждают клиента в возможности успешного решения сложных жизненных проблем, формируют уверенность в себе, повышают самооценку. Пик гиперпластической активности клиента является наиболее выигрышным контекстом для осуществления скрытой временной прогрессии и трансляции программы успешного преодоления каких-либо проблемных ситуаций в будущее).

Кроме того, нами выделены основные диагностические метатехнологии, также имеющие прямое отношение к управляемой активности внезознательных инстанций;

6) *постоянное отслеживание и оценка характеристик базисной адаптационной стратегии внезознательных инстанций* (внешние параметры, характеризующие базисную активность внезознательных инстанций, должны находиться в зоне постоянного внимания фалиситатора - терапевта; при этом особое значение имеет момент фиксации перехода от защитно-конфронтационной стратегии к синергетической, с формированием множественной гиперпластики – необходимого компонента для оформления соответствующих стыковочных сценариев и успешной реализации структурированных технических действий в модели двухуровневой развивающей коммуникации);

7) *отслеживание и фиксация ключевых невербальных сигналов* (такого рода утвердительные либо

отрицательные сигналы, генерированные внезознательными инстанциями клиента, отслеживаются в отношении диагностических версий (проясняющих значение того, что происходит с субъектом в проблемном поле); проекта структурированных технических действий, обеспечивающих ожидаемый результат; актуального и перспективного стыковочных сценариев; при этом, в зависимости от характера отслеживаемых сигналов, принимается решение о реализации какой-либо избранной последовательности структурированных технических действий с высокой вероятностью достижения ожидаемого результата).

На основании модели двухуровневой развивающей коммуникации были разработаны специальные психотерапевтические, консультативные, тренинговые и диагностические технологии, которые были положены в основу метамодели социальной психотерапии – основного инструмента в сфере активного противодействия процессу распространения социальных эпидемий. Данные технологии подтвердили свою существенно более высокую эффективность в корректных экспериментах по сравнению с традиционно используемыми технологиями профилактики, лечения и реабилитации зависимых лиц.

Таким образом, было показано, что модель двухуровневой развивающей коммуникации отвечает всем необходимым требованиям, предъявляемым к базисной технологии по формированию высоких уровней устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, обоснованным по критериям доказательной практики.

#### *Список использованной литературы:*

1. Бохран Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
2. Выготский Л.С. Соч.: В 6 т. – М.: Педагогика, 1982-1983.
3. Катков А.Л. Наркологическое консультирование: Проект типовой учебной программы. Тематическое усовершенствование. – Павлодар, 2006. – 23 с.
4. Катков А.Л. Методология комплексного исследования психического и психологического здоровья населения: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 77 с.
5. Катков А.Л. Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии: Методическое письмо. – Павлодар, 2003. – 26 с.
6. Катков А.Л., Макаров В.В. Философские и научно-методологические основания интегративной психотерапии // Психотерапия. – Москва, 2010. – № 7 (103). – С. 30-48.
7. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая, групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. – Павлодар, 2004. – 267 с.
8. Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ // Психотерапия. – М.: Литера-2000, 2003. – № 12. – С. 15-24.
9. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология. – М.: Литера-2000, 2002. – № 9. – С. 27-35.
10. Катков А.Л. Нургазина А.З. Профилактически ориентированная групповая психотерапия подростков с повышенным риском по профилю зависимости от психоактивных веществ: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 77 с.
11. Макаров В. В., Катков А. Л. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2009. – Т. XV, № 1. – С. 20-25.
12. Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 229-269.

- 
- 
13. Garfield S.L. *Research on client variables in psychotherapy* / In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 190-228.
14. Lambert M.J., Bergin A.E. *The effectiveness of psychotherapy* / In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 143-189.
15. Margraf J., Bauman V. *Bedeutung W. Schreben Psychotherapen der Erfahrung zu?* // *Zeitschrift fur Klinische Psychologil*, 1986. – Vol. 15. – p.p. 248-253.
16. Nietzel M.T., Fisher S.G. *Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak / Psychological Bulletin*, 1981. – Vol. 89. – p.p. 555-565.
17. Stein D.H., Lambert M.J. *On the relationship between therapist experience and psychotherapy out-come* // *Clinical Psychology Review*, 1984. – Vol. 4. – p.p. 127-142.

УДК 159.923:316.6

## **УНИВЕРСАЛЬНЫЙ АЛГОРИТМ, ОСНОВНЫЕ МИШЕНИ И ВАРИАНТЫ ПРОЦЕССА ФОРМИРОВАНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ К ВОВЛЕЧЕНИЮ В ДЕСТРУКТИВНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ**

А.Л. Катков

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

В рамках реализации научно-технической программы 2011-2013 гг. «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркозависимости, экстремизма, терроризма, вовлечение в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромании) в Республике Казахстан» нами проводилось исследование по выявлению универсального алгоритма и определению основных мишеней процесса формирования индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

Идентификация универсального алгоритма формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, разработка общей методологии данного важнейшего процесса проводилась на первом и втором этапах комплексного исследовательского проекта. При этом учитывались результаты изучения сравнительной эффективности инновационных и традиционных технологий – профилактических, лечебных, реабилитационных – в соответствующих исследуемых, контрольных группах и группах сравнения.

Интерпретация полученных данных, проводимая на основе статистико-математического анализа, позволила уточнить специфику и определить следующий порядок прохождения этапов формирования высоких уровней устойчивости, характерный для всех исследуемых типов социальных эпидемий:

– фаза *полноценного развития* первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к агрессивному влиянию среды; акцентированная проработка конструк-

тивного жизненного сценария как основного «проекта» достижения значимых личностных целей и ценностей;

– фаза полноценного усвоения субъектом информации о неизбежном вреде и тотальном проигрыше, связанных с приобщением к патологическим адаптогенам быстрого действия (потреблению психоактивных веществ, практике манипулятивных технологий и др.), именно по отношению к конструктивным жизненным сценариям;

– фаза реального конфликта основного жизненного сценария с дивидендами конкурирующего сценария – употребления патологических адаптогенов быстрого действия, – в ходе чего дезавуируются внешне привлекательные характеристики суррогатного удовлетворения ресурсных потребностей субъекта;

– фаза нейтрализации деструктивных (по отношению к основному жизненному проекту) сценариев использования патологических адаптогенов быстрого действия, с полной редукцией или установлением действенного контроля в сфере мотивации к реализации данных сценариев;

– фаза реализации позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, асертивные способы реагирования, совладающие копинги) с агрессивной средой, в ходе чего редуцируются остаточные уровни мотивации к реализации деструктивных сценариев патологической адаптации субъекта.

Каждый из вышеперечисленных этапов имеет свои отличительные характеристики, диагностика

которых даёт возможность определить, в какой именно фазе находится субъект и с какой степенью успешности он проходит настоящую и предшествующие фазы формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

Далее нами были идентифицированы следующие основные варианты прохождения вышеизложенного цикла, а также условия их реализации:

а) нормативно-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Данный вариант реализуется при условии конструктивного прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, предусматривающего наличие гармоничных семейных отношений и адекватных стратегий развития, используемых по отношению к субъекту в продолжение первых 15-17 лет его жизни. При таком варианте развития событий фаза конфликта основного жизненного сценария с дивидендами употребления патологических адаптогенов быстрого действия может быть редуцирована в силу неактуальности ресурсного запроса. То есть субъект, двигающийся по конструктивному сценарию прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, обладает свойством ресурсной достаточности (5-е свойство в системе идентифицированных факторов риска – устойчивости). Соответственно, борьбы мотивов, характерной для третьей фазы универсального цикла формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, не возникает. Для такого субъекта хватает полноценного усвоения адресной, негативной (по отношению к основному жизненному сценарию) информации о патогенных свойствах быстрых адаптогенов, вследствие чего такого рода сценарий надёжно исключается из осознаваемых и неосознаваемых жизненных горизонтов;

б) форсировано-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости. Данный вариант специфичен для контингента лиц с деструктивным сценарием прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, высокими рисками и признаками актуализации ресурсного запроса и, соответственно, высокой вероятностью вовлечения в социальные эпидемии. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных превентивных технологий, предусматривающих, во-первых, надёжную идентификацию групп высокого риска по профилю вовлечения в социальные эпидемии, а во-вторых – эффективную технологическую проработку каждой фазы универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды. В результате чего искажения нормативного развития субъекта, дефициты свойств психологического здоровья-устойчивости должны быть компенсированы, а поисковое поведение, направленное на удовлетворение ресурсного запроса за счёт использования патологических адаптогенов, – эффективно скорректировано;

в) лечебно-реабилитационный вариант формирования высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в социальные эпидемии. Данный вариант специфичен для контингента лиц с химической, деструктивной психологической зависимостью, проходящих курсы лечения и реабилитации в специализированных учреждениях. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных консультативных, тренинговых, психотерапевтических, реабилитационных технологий, предусматривающих глубинную проработку каждого этапа универсального цикла. Успешность продвижения по всем обозначенным фазам цикла связана с точной идентификацией мишени, специфических для используемого подхода, адекватностью и эффективностью разработанных технологий. Для рассматриваемого третьего варианта характерны выраженная борьба мотивов в фазе конфликта (3-й этап универсального цикла) и достаточная продолжительность – до нескольких месяцев – фазы нейтрализации деструктивных сценариев повторного использования патологических адаптогенов (4-й этап универсального цикла).

Универсальными мишенями соответствующих профилактических и лечебно-реабилитационных технологий, выводимыми из общего содержания разрабатываемого нами подхода (в частности, из универсального для всех рассматриваемых типов социальных эпидемий алгоритма формирования высоких уровней устойчивости), являются следующие полярные и наиболее значимые характеристики сферы психологического здоровья субъекта:

– дефицитарный – нормативный личностные статусы (при этом должна быть определена степень дефицита каждого из идентифицируемых личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к агрессивному влиянию среды; выстроена дистанция к показателям нормативного личностного статуса, которую необходимо преодолеть в соответствующих профилактических, либо лечебно-реабилитационных маршрутах);

– деструктивная – адаптивная мета-позиция субъекта, характеризующая его взаимодействие с ближайшим окружением и социумом (в данном случае должна быть диагностирована и преодолена дистанция от деструктивной – беглеца, агрессора, свидетеля (аутиста) – к адаптивной метапозиции субъекта – со-участнику, со-труднику, со-творцу; соответственно, должна быть сформирована базисная стратегия адаптации с акцентом на синергию, открытая к изменениям, облегчающая усвоение имеющейся и генерацию новой информации; сформированы продуктивные копинги с акцентом на выстраивание адекватных межличностных коммуникаций, конструктивное решение конфликтов);

– дезадаптация с проявлениями синдрома деморализации (по Дж.Д. Франку, 1986) – полноценная адаптация (в работе данной мишенью должны

быть диагностированы наличие и степень выраженности синдрома деморализации с оценкой тяжести таких типичных проявлений, как: 1) низкий уровень самооценки; 2) чувство безнадёжности и беспомощности; 3) чувство страха; 4) уныние; 5) тревога; 6) спутанность мышления; 7) психофизиологические симптомы, воспринимаемые как признаки нарушения здоровья; должна быть обеспечена редукция данных психопатологических проявлений за счет формирования у субъекта первичного и далее – устойчивого ресурсного состояния, характеризующегося высокими уровнями адаптации);

– девиантная (патологическая) – нормативная базисная мотивация поведения субъекта, направленного, в первом случае, на удовлетворение ресурсного запроса за счёт использования патологических адаптогенов быстрого действия, а во втором – на достижение целей и ценностей конструктивного жизненного сценария (в работе с данной мишенью должно быть диагностировано весовое соотношение глубинных мотивационных установок субъекта на реализацию альтернативных адаптационных стратегий – патологическую, связанную с использованием адаптогенов быстрого действия, и нормативную, связанную с реализацией значимых целей и ценностей конструктивного жизненного сценария; должен быть обеспечен существенный перевес нормативных мотивационных установок).

В приведённой схеме, безусловно, приоритетной является мишень дефицитарных – нормативных личностных статусов, где понятие психологической нормы раскрывается с новых позиций, предусматривающих высокие уровни индивидуальной устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Эффективное продвижение от дефицитарного-деструктивно-дезадаптивного полюсов (по первой, второй и третьей мишеням) к нормативному – адаптивному – формируют устойчивое ресурсное состояние субъекта, надёжно профилактирующее поисковое поведение в сторону добывания патологических адаптогенов ультрабыстрого действия. Продвижение от девиантного к нормативному полюсу базисной мотивации по четвёртой мицени формирует дополнительные уровни устойчивости субъекта в ситуации агрессивного информационного прессинга.

Вышеприведенная схема дополняет перечень традиционных мишеней, используемых в работе с зависимыми состояниями и выводимых из классики биopsихосоциального подхода (синдром зависимости с выделением самостоятельного синдрома патологического влечения; патологический психический статус с такими типичными проявлениями, как депрессивный, тревожно-депрессивный, неврозоподобный, диссомнический, психовегетативный и другие синдромы; патологический личностный статус с такими типичными проявлениями, как лживость, некритичность, анозогнозия; патологический

социальный статус с прогрессирующим разрушением и утратой значимых связей и достижений; патологический соматический статус – проявления острой и хронической интоксикации, коморбидной патологии, – данная мишень является одной из основных в лечении химически зависимых лиц).

Вместе с тем, проведённые нами исследования позволяют утверждать, что мицени, выводимые из универсального алгоритма формирования высоких уровней психологического здоровья-устойчивости, являются первичными, патогенетически обусловленными (т.е. отвечающими сущностным характеристикам сложной динамики формирования зависимых состояний) и, безусловно, приоритетными в общей конструкции мишеней, используемых в соответствующих профилактических и лечебно-реабилитационных технологиях.

Так, например, в специальной серии исследовательских фрагментов (Россинский Ю.А., 2005; Аббева А.Г., 2008; Рамм А.Н., 2008; Кусаинов А.А., 2010) было показано, что сложность терапевтической работы с зависимыми лицами и более чем «скромные» результаты такого рода деятельности связаны в первую очередь с тем обстоятельством, что личностные свойства, обеспечивающие устойчивость субъекта к агрессивному влиянию среды, атакуются с двух сторон – с позиции деструктивного сценария прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, а также с позиции непосредственного деструктивного воздействия психоактивного вещества, либо соответствующей манипулятивной психотехнологии. То есть исходные дефициты наиболее значимых характеристик психологического здоровья – устойчивости усугубляются ещё и отчёлтым и адресным вредоносным воздействием патологических адаптогенов быстрого действия, что является крайне неблагоприятной, в смысле общих перспектив терапевтического воздействия, комбинацией. Было показано, что такого рода привнесённые дефициты – достаточно «тонкие» негативные психопатологические расстройства интегративных функций психики, выявляемые лишь с использованием специальных диагностических методов, – формируются уже после первых проб наркотиков, первых месяцев регулярного употребления алкоголя, первых недель вовлечения в практику манипулятивного психотехнического воздействия. И что основные проявления данной ажурной, не связанной с грубыми расстройствами памяти, интеллекта, эмоциональной сферы, негативной симптоматики, препятствуют сложным интегративным процессам формирования:

- 1) личностной зрелости с возможностью конструктивной переработки и консолидации жизненного опыта;
- 2) конструктивного жизненного сценария с возможностями долговременного прогнозирования и целеполагания, активного использования и разви-

тия психологических ресурсов, выстраивания адекватной жизненной метапозиции;

3) устойчивой мотивации к достижению целей конструктивного жизненного сценария – как одной из главных характеристик устойчивого ресурсного состояния и составляющих важнейшей интегративной функции психологической активности субъекта, обозначаемой как «воля»;

4) адекватных представлений о характере и особенностях патологических проявлений химической и деструктивной психологической зависимости (что выражается, в частности, в феномене анонгнозии), конструктивных сценариях перехода из состояния патологической зависимости к состоянию здоровья-свободы, понимаемому как обретение высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в патологическую зависимость.

В следующей серии исследовательских фрагментов было убедительно продемонстрировано, что в полной мере специфическими в данной ситуации могут считаться лишь те профилактические и терапевтические подходы, которые эффективно и в ограниченные временные периоды преодолевают исходные (специальные профилактические технологии), либо двойные (специальные лечебно-реабилитационные технологии) дефициты идентифицированных психологических свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к первичному, либо повторному вовлечению в социальные эпидемии. То есть это, в основном, технологии, оформляемые по принципу двухуровневой терапевтической коммуникации, привнесение которых в стандартные профилактические, терапевтические программы на порядок повышает их эффективность (Пак Т.В., 2004; Титова В.В., 2004; Молчанов С.Н., 2006; Нургазина А.З., 2006; Азанова Б.А., 2007; Василенко И.В., 2007; Жолдасова Ж.А., 2007; Ережепов Е.В., 2010; Ережепов Н.Б., 2010; Иманбеков К.О., 2010).

Что касается традиционных технологий дифференциированной медикаментозной терапии, детоксикации (для лиц с химической зависимостью), иных технологий, используемых в работе с традиционными мишениями, то их роль на определенных этапах

оказания специализированной помощи лицам с деструктивной психологической и, особенно, химической зависимостью может быть весьма значительной. Однако в целом терапевтический потенциал данных подходов ограничивается степенью их позитивного влияния на темпы редукции сопутствующих продуктивных психопатологических проявлений, что имеет лишь косвенное отношение к конечному индикатору, оценивающему эффективность противодействующих усилий – итоговому уровню индивидуальной устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, и поэтому ни в коем случае не может считаться достаточным для решения проблемы социальных эпидемий по существу. В связи с этим целесообразно рассматривать степень «содействия» используемых технологий медикаментозного или иного лечения основному процессу форсированного развития искомых уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, которая может существенно различаться (Кошегулова Р.М., 2007).

Специально следует отметить тот факт, что для каждой из обозначенных универсальных мишеней были разработаны специфические способы диагностики, определяющие терапевтическую динамику продвижения от дефицитарного (деструктивного, дезадаптивного) к нормативному полюсу показателей психологического здоровья – устойчивости (Марашева А.А., Владимирова Н.Г., 2005; Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г., 2006; Катков А.Л., Молчанов С.Н., Юсупов О.Г., 2006).

Таким образом, в результате проведённого исследования были получены чрезвычайно важные результаты как теоретического (универсальный алгоритм, основные мишиени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии), так и практического (диагностические, лечебно-реабилитационные технологии) плана, позволяющие существенно повысить эффективность усилий, противодействующих процессу распространения деструктивных социальных эпидемий среди населения Республики Казахстан.

#### *Список использованной литературы:*

1. Абеева А.Г. Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности зависимых от психоактивных веществ – контингента специальных лечебно-принудительных учреждений: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Алматы, 2007. – 27 с.
2. Азанова Б.А. Динамика формирования ремиссий у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности в программах медико-социальной реабилитации: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2006. – 30 с.
3. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г. Выявление групп риска по наркологическому профилю среди детей, подростков, молодежи в возрасте от 7 до 32 лет: Методические рекомендации 1-4. – Павлодар, 2006. – 35 с.; 47 с.; 53 с.; 52 с.
4. Василенко И.В. Третичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией (клинико-социальный и организационно-экономический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2007. – 30 с.

- 
- 
5. Ережепов Е.В. Особенности клинической и социальной динамики у зависимых от опиоидов, охваченных этапом первичной наркологической помощи: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2010. – 28 с.
6. Ережепов Н.Б. Особенности формирования ремиссии у зависимых от опиоидов на этапе противо-рецидивной и поддерживающей терапии: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. – Павлодар, 2010. – 49 с.
7. Жолдасова Ж.А. Исследование эффективности телесно-ориентированной психотерапии у больных с героиновой зависимостью: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Алматы, 2007. – 30 с.
8. Иманбеков К.О. Особенности терапевтической динамики у зависимых от опиоидов на этапе амбулаторной МСР: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2010. – 29 с.
9. Катков А.Л., Молчанов С.Н., Юсопов О.Г. Определение реабилитационного потенциала среди детей, подростков, молодежи, зависимых от ПАВ в возрасте 7-32 лет: Методические рекомендации 1-4. – Павлодар, 2006. – 50 с.; 62 с.; 67 с.; 63 с.
10. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая, групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. – Павлодар, 2004. – 267 с.
11. Кощегулова Р.М. Исследование клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина при терапии атипичными (рисперидон, клозапин) и классическим (галоперидол) нейролептиками: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2007. – 30 с.
12. Кусаинов А.А. Негативные психопатологические синдромы в клинике героиновой наркомании. – Алматы, 2010. – 24 с.
13. Марашева А.А., Владимирова Н.Г. Диагностика свойств антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте: Методические рекомендации. – Павлодар, 2005. – 29 с.
14. Молчанов С.Н. Особенности формирования ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2006. – 26 с.
15. Нургазина А.З. Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2006. – 28 с.
16. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2004. – 28 с.
17. Рамм А.Н. Динамика клинико-психопатологических синдромов и социальных характеристик ремиссии у пациентов, зависимых от фенилпропаноламина: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Алматы, 2008. – 25 с.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

## ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ИГРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ И РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ЛУДОМАНИЮ У КЛИЕНТОВ БУКМЕКЕРСКИХ КОНТОР ГОРОДОВ ПАВЛОДАР И ЭКИБАСТУЗ

М.В. Прилуцкая-Сущенко

научный сотрудник РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

Д.Б. Куржикбаев

резидент РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» г. Павлодар (РК)

### Введение

#### *Теоретические аспекты лудомании*

Ускорение научно-технического прогресса в новом тысячелетии не вызывает сомнения. Данная тенденция выступает не только как неотъемлемая часть макроэкономических и кросс-культуральных показателей человечества, но и, прежде всего, как

ключевой фактор индивидуально-персонологических характеристик современной личности.

Социально-политические и экономические трансформации современного общества сопровождаются серьезными психологическими потрясениями, социальными и духовными девиациями. Испытывая эмоциональные сверхнагрузки и стрессы, социально активные индивиды ищут новые, более

радикальные формы релаксации, иные способы проведения досуга [5].

В связи с этим возрастаёт роль азартных форм досуга, которые рекрутируются в широком масштабе за счёт ряда ключевых механизмов:

- общая доступность;
- получение мгновенного, интенсивного положительного подкрепления на уровне большинства функциональных систем организма;
- возможность ухода от объективной реальности в суррогатную среду «восторга»;
- эксплуатация образа быстрого достижения успеха, социального статуса, получения сверхблаг при изначально низком уровне возможностей и мимо «экономных» ресурсных затратах;
- эксплуатация ключевых биологических драйвов – «инстинкт выживания», «стремление к игре», «реакции агрессии – бегства»;
- оформление в виде большого потока информации, что эксплуатирует эффект новизны и инстинкт интереса, изначально актуализированный у современного человека;
- интерактивность, возможность вовлечения в непрерывные коммуникации.

Воздействие данных факторов обуславливает не только количественное распространение использования азартного досуга, но и изменение его качественных характеристик – в частности появление феномена патологического азартного времязпрровождения в рамках поведенческих (нехимических) аддикций, а именно гемблинга.

*Гемблинг/лудомания – одна из форм отклоняющегося от нормы поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния, постоянной фиксации внимания на азартной игре, что сопровождается развитием интенсивных эмоций и нарушением способности контролировать свою вовлеченность в игровой процесс [5].*

В основе гемблинга могут лежать 4 категории азартных игр (Белых А.Н., 2010):

- а) легальные игры – лотереи, бинго, казино, ставки на бегах, спортивные ставки, видеолотерии;
- б) денежные пари;
- в) нелегальные ставки в интернете, казино;
- г) игра на бирже.

Использование игры с элементами азарта в современном обществе само по себе не является дезадаптивным, патологический характер ей придают следующие определяющие критерии (Катков А.Л., 2012):

- 1) время, потраченное на азартную активность;
- 2) социальные последствия для конкретного индивидуума;
- 3) возрастающая потребность пребывать в состоянии азарта, игры;
- 4) игнорирование конкурирующих потребностей;

- 5) субъективная невозможность обходиться без игровой активности;
- 6) изменение индивидуально-психологических характеристик индивидуума:
  - эмоциональный спектр;
  - способность критически относится к собственной игровой активности [2].

Выявление данных критериев формирует континuum состояний, полюса которого ограничены состояниями «здоровье – болезнь» и включает в себя ряд переходных статусных характеристик: «риск вовлечения в зависимость – динамический стереотип – предболезнь – психологическая зависимость (собственно аддикция)».

Определением критериев болезни занимается область клинической ментальной медицины. В данном направлении учёными и клиницистами проведена колossalная работа, венцом которой послужило выделение «лудомании» в отдельную диагностическую рубрику Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), утверждённой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) с формулированием перечня патогномоничных симптомов.

Однако внутри такой стратификации кроются две основные проблемы.

Во-первых, в основу диагностической рубрики «лудомания – патологический гемблинг» (F63.0 по МКБ-10) положена классическая модель осуществления ставок в рамках игры в казино, что само по себе имеет более яркий, клинически очерченный характер. Однако расширяющийся перечень различных азартных реалий обостряет потребность в качественных, достоверных исследованиях в отношении всё новых игр, например в выявлении клинических особенностей при зависимостях от денежных пари, игр на бирже, посещений букмекерских контор, игр на легальных тотализаторах (Карпов А.А., Козлов В.В., Мазилов В.А., 2009). Многие из них имеют «стёртый» социальный и клинический портрет за счёт «легального» доступа к агентам игры [3].

Во-вторых, за скобками остаются состояния рисков вовлечения в зависимость. Причём, страдают как их качественное описание, так и квантифицированная оценка. Исследования, направленные в эту сторону, остро необходимы для выстраивания системы профилактических мероприятий, а также восполнения дефицита знаний о механизме развития лудомании как заболевания с выявлением ключевых причинно-следственных связей [4].

«Зона рискованного азартного поведения» рассматривается чаще всего с позиций выявления отдельных коррелирующих факторов, которые, однако, не могут быть приравнены к достоверным рискам.

Таким образом, при близком рассмотрении теоретических аспектов вопроса лудомании определяется недостаток систематизированных концепций, основанных на достоверной доказательной базе.

Данный факт, в свою очередь, объясняет трудности в решении практических вопросов, связанных с игровой зависимостью: диагностика, прогнозирование, выявление рисков, выстраивание системы первичной и вторичной профилактики, формулирование концепции по противодействию негативным последствиям гемблинга.

## Описание проблемы

### *Практическая сторона вопроса*

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты •аза•стан» на 2011-2015 годы (далее Программа) одним из приоритетных направлений определено «...формирование здорового образа жизни путём комплексного подхода к профилактике и усилению контроля за поведенческими факторами риска». Среди целевых состояний обозначены алкоголизм и табакокурение. Принимая во внимание прошедший опыт Казахстана, данная Программа ознаменовала собой поворот государства в сторону профилактического направления в области охраны здоровья. Одновременно проблема химических зависимостей и их превенции обозначена стратегически. Этот факт обусловлен социальной значимостью данной группы заболеваний, которые волнообразно распространяются среди населения Республики Казахстан.

Если продолжить эксплуатировать метафорический образ волны, то можно заключить, что химические зависимости формируют, лишь её основание, гребень же создают новые формы нехимических/поведенческих аддикций, определяя направление её движения.

Таким образом, для того, чтобы государственные профилактические программы адекватно и своевременно отвечали потребностям общества, назрела необходимость в масштабных исследованиях «накапливающихся» поведенческих зависимостей уже сейчас.

Малая изученность проблемы поведенческих зависимостей, отсутствие точных данных о масштабах их распространения в популяции Республики Казахстан, диктуют сразу две необходимости:

1) одновременно проводить исследование закономерностей поведенческих зависимостей и разрабатывать систему превенции и лечения с эффективным аппаратом оценки таковой;

2) при ключевой стратегической роли республиканских ресурсных научных организаций инициировать тактические направления работы в данной области на региональном уровне с делегированием полномочий общественным неправительственным организациям.

Такое построение работы позволит в короткий срок накопить ценный практический материал с данной категорией лиц, а также обеспечит гибкость, прозрачность, общественную заинтересованность и от-

ветственность в реализации программ такого рода, а также обеспечит адекватность предлагаемых услуг.

Проводя описание практического состояния проблемы зависимости от азартных игр на территории Республики Казахстан, методологически обоснованным нам видится применение критериев, заимствованных из SWOT-анализа (Kenneth Andrews, 1963; Laraned, Christensen, Andrews, Guth, 1965). Эта методология позволяет раскрыть исходные внутренние и внешние характеристики вопроса, а также определить перспективы дальнейшего его изучения.

На сегодняшний день *сильными сторонами* в решении проблемы противодействия распространению патологического пристрастия к азартным играм (Катков А.Л., 2012) в Республике Казахстан являются:

- наличие государственных решений о запрете деятельности любых организаций, реализующих практику азартных игр в крупных городах и населённых пунктах, за исключением специально оговоренных зон, где такая практика возможна на легальной основе;
- разработка законодательно базы, предусматривающей уголовное преследование за нелегальную организацию азартных игр;
- юридическое определение основных понятий, касающихся азартного досуга, дифференцирующих их правовой статус;
- определение полномочий специальных ведомств и подразделений в органах государственной власти, отвечающих за выполнение вышеназванных решений и законодательных положений;
- свободный доступ к информации о негативных последствиях вовлечения в игровую зависимость;
- потребность населения в получении помощи по лечению и профилактике игровой зависимости;
- свободный доступ к государственным и частным лечебным организациям, консультативным центрам, с возможностью получения профессиональной консультативной, психотерапевтической и комплексной помощи.

*Слабыми сторонами* в решении проблемы являются:

- отсутствие систематизированной теоретической концепции, объясняющей закономерности развития и формирования игровой зависимости,
- отсутствие достоверных, надёжных исследований по изучению рисков вовлечения в игровую зависимость, в том числе так называемых «легальных» форм азартного поведения;
- дефицит научно обоснованных и доказательно эффективных технологий первичной и специализированной помощи лицам с призна-

- 
- 
- ками формирования игромании, находящимися на разных стадиях данного процесса;
  - недостаток соответствующих специалистов, кабинетов и подразделений, действующих в системе государственного здравоохранения и специализирующихся по профилю игровой зависимости;
  - отсутствие технологий и действующей системы мониторинга рисков и фактов вовлечения в игровую зависимость среди наиболее уязвимых групп населения;
  - отсутствие технологий и действующей системы эффективной первичной профилактики лудомании;
  - отсутствие разработанной, научно-обоснованной концепции и стратегии мультисекторального противодействия распространению данной формы зависимости;
  - отсутствие разработанной системы мониторинга эффективности противодействующих усилий в целом и по каждому направлению в отдельности.

*Возможности*, которые могут исполнять роль внешних факторов на пути к решению данной проблемы:

- приоритетная профилактическая направленность в деятельности системы здравоохранения;
- примат содействия в формировании здорового образа жизни, в том числе через влияние на поведенческую составляющую здоровья;
- повышение роли общественных объединений при выстраивании системы превентивных мероприятий в секторе здравоохранения страны;
- наличие признанной концепции «свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья», являющейся универсальной теоретической базой для выстраивания системной работы по противодействию распространения социальных эпидемий, в том числе игровой зависимости;
- наличие и осуществление научно-технической программы «Эффективность профилактики социальных эпидемий», реализуемой ресурсным научно-практическим центром в области наркологии;
- планируемая интеграция аддиктологии в отечественную систему наркологии, что закрепляет ее клинический, правовой, таксономический статус, как сферы научных и практических знаний о поведенческих зависимостях.

*Рисками* в возможной реализации комплекса мероприятий по противодействию распространения игровой зависимости являются:

- сохранение легального статуса основных источников получения азарта – тотализаторы, игровые автоматы, букмекерские конторы, интернет-ресурсы для реализации ставок;

- отсутствие чёткой правовой базы, регулирующей деятельность легальных игорных заведений,
- процветание теневого, нелегального рынка предоставления тотализаторских услуг в формате казино за пределами специальных разрешающих зон;
- выборочная концентрация государственной поддержки профилактических технологий в сфере так называемых социально значимых заболеваний, охватывающих исключительно отдельные формы химических зависимостей (алкоголизм, табакокурение).

Учитывая вышеупомянутые факторы, стоит ещё раз подчеркнуть актуальность изучения заявленной проблемы, начиная с регионального уровня. Полевые исследования с накоплением первичного материала требуются для ликвидации дефицита знаний, необходимых для суждения о портрете современного потребителя тотализаторских услуг, с определением основных социально-демографических характеристик. Кроме того, немаловажной представляется оценка возможных рисков вовлечения в игровую зависимость при посещении букмекерских контор. В свою очередь применение технологии кросс-секционного исследования позволит получить ряд промежуточных результатов, касающихся возможных корреляций с особенностями игрового поведения (мотивы, стаж и размер ставок, наличие самосознания возможного проблемного поведения).

## **Основная часть**

*Цели исследования* ключевых социально-демографических показателей и рисков вовлечения в игровую зависимость у посетителей букмекерских контор на примере городов областного подчинения Павлодарского региона.

### *Задачи исследования*

1. Исследовать основные социально-демографические характеристики посетителей букмекерских контор городов Павлодар и Экибастуз на примере репрезентативной выборки.
2. Исследовать основные характеристики игрового поведенческого паттерна у посетителей букмекерских контор городов Павлодар и Экибастуз на примере репрезентативной выборки.
3. Исследовать степени риска вовлечения в игровую зависимость у посетителей букмекерских контор городов Павлодар и Экибастуз на примере репрезентативной выборки их корреляцию с основными характеристиками игрового поведенческого паттерна.

### **Материалы и методы исследования**

*Объектом исследования* явились клиенты букмекерских контор и тотализаторов городов Павло-

дар и Экибастуза, представленные репрезентативной выборкой.

*Предмет исследования:* социально-демографические характеристики, игровой поведенческий паттерн, степени риска вовлечения в игровую зависимость у посетителей букмекерских контор.

Исследование состояло из двух этапов, при этом использовался обсервационный метод исследования, с применением кросс-секционной технологии – метод единовременного поперечного среза.

На первом этапе осуществлялся набор первичного материала путём участие в опросе, а также самостоятельное заполнение им предложенных пунктов. Анкета состояла из 15 открытых вопросов, на заполнение которых участнику требовалось от 3 до 5 минут, а также из 9 вопросов с предложенными вариантами ответов «Диагностического опросника проблемного увлечения азартными играми» (далее Опросник) (Козлов В.В., 2011). При желании анкетируемым лицам сразу проводился подсчёт баллов и сообщался результат.

На втором этапе проводилась статистическая обработка первичного материала и анализ полученных результатов.

*Характеристика материала исследования.* Было проведено однократное анкетирование 100 клиентов букмекерских контор в городах Павлодар и Экибастуз, имеющих опыт повторного посещения данных учреждений (не менее 5 раз). Помимо исследуемой группы была набрана группа сравнения, в состав которой вошли лица, никогда не посещавшие букмекерские конторы. По числу участников ( $n=100$ ) и основным социально-демографическим характеристикам группа сравнения была сопоставима с исследуемой группой.

Критерии включения в группу исследования:

- совершеннолетний возраст;
- посещение букмекерских контор не менее 5 раз до момента анкетирования;
- добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из группы исследования:

- a) несовершеннолетний возраст;
- b) состояние алкогольного опьянения;
- b) малый опыт посещения букмекерской конторы – реже 5 раз до момента исследования.

## **Результаты исследования и их обсуждение**

По половому признаку исследуемая и контрольная группа была представлена исключительно мужчинами.

Возраст посетителей контор колебался от 18 до 44 лет и в среднем составил  $25,6 \pm 1$  года. Средний возраст группы сравнения составил  $26,3 \pm 1,1$  года.

На момент исследования  $40\% \pm 9,6\%$  опрошенных лиц состояли в браке, холосты были  $60\% \pm 9,6\%$ . По

семейному статусу участников контрольная группа не отличалась от группы исследования.

Далее анализу подвергались отдельные *характеристики игрового поведения* посетителей букмекерских контор. В данном случае под игровым поведением нами подразумевалась активность, связанная с использованием услуг тотализаторов, к примеру, приход в контору, изучение расписания текущих спортивных событий, осуществление ставок, ожидание результата.

Нас интересовали следующие характеристики:

- 1) стаж осуществления ставок в букмекерских конторах;
- 2) сумма максимальной ставки за все время личной истории игры на тотализаторах;
- 3) сумма максимального проигрыша;
- 4) частота посещения букмекерских контор;
- 5) средняя продолжительность сеанса осуществления ставок;
- 6) внешние мотивы (мотивировки) осуществления ставок в букмекерских конторах; то есть только те мотивы, которые были отмечены участниками самостоятельно;
- 7) денежные источники для осуществления ставок;
- 8) верbalное признание проблем, связанных с посещением букмекерских контор – условно «самосознание пагубности ставок».

Первоначально по всем вышеперечисленным показателям произведено сравнение групп исследования и контроля с применением критерия Стьюдента.

Получена достоверная разница по основным показателям, что позволяет достоверно исключить нулевую гипотезу (случайный характер выявленных различий между группами). В отдельных пунктах отсутствие достоверной разницы по ряду показателей может быть объяснено малым числом случаев регистрируемых признаков в подгруппах.

В последующем проводилась оценка по вышеперечисленным характеристикам.

*Общий стаж ставок* в исследуемой группе в среднем составил  $3 \pm 0,3$  года и колебался между 1 и 7 годами. То есть группа обнаруживала длительную историю осуществления ставок, что позволяет отнести такие действия к устойчивому (закреплённому во времени) паттерну/образцу поведения. Кроме того, данный показатель позволяет сделать заключение, что в исследуемую группу не попали лица, которые посетили конторы впервые или случайно (эпизодически), что и предполагалось дизайном исследования. Сопоставляя дату принятия «Закона об игорном бизнесе», принятом 12 января 2007 года, со средним показателем стажа осуществления ставок в 3 года можно сделать предположение о замене азартных игр в казино на ставки в тотализаторах на территории городов Павлодар и Экибастуз.

Следующим показателем, характеризующим пагубность посещения букмекерских контор в исследуемой группе, была *сумма максимальной ставки*. В

Таблица 1

*Основные характеристики игрового поведения лиц из исследуемой и контрольной групп*

Наименование	Группа исследования (n=100)		Группа сравнения (n=100)		P
	Среднее значение	Доверительный интервал	Среднее значение	Доверительный интервал	
Стаж ставок	3	±0,3	0	±0	<0,01
Сумма максимальной ставки, в тенге	27375	±10958,77	0	±0	<0,01
Мотивы игры: азарт	47%	±9,8%	0%	0<>4%	<0,01
Мотивы игры: дополнительный заработок	28%	±8,8%	0%	0<>4%	<0,01
Мотивы игры: интерес	1%	0,5<>5,4%	0%	0<>4%	
Мотивы игры: легкие деньги	5%	2,5<>11%	0%	0<>4%	
Мотивы игры: отдых	1%	0,5<>5,4%	0%	0<>4%	
Мотивы игры: прибыль	6%	±4,7	0%	0<>4%	
Мотивы игры: увлечение	12%	±6,4%	0%	0<>4%	<0,01
Источник дохода: карманные деньги	12%	±6,4%	12%	±6,4%	
Источник дохода: работа	64%	±9,4%	64%	±9,4%	
Источник дохода: случайный заработок	21%	±8%	13%	±6,6%	<0,05
Источник дохода: у друзей	3%	1,5<>8,2%	0%	0<>4%	
Самосознание зависимости	22%	±8,1%	7%	±5%	<0,01
Показатели шкалы зависимости	5,3	±0,6	0,1	±0,1	<0,01

среднем по группе она составила  $27375 \pm 10958,77$  тенге, а максимальное значение в группе равнялось 400 000 тенге. Официальная заработка плата, в среднем, по Павлодарской области за 6 месяцев 2012 года составила 80 723,5 тенге. То есть по отношению к среднему доходу жителей Павлодарского области средняя максимальная ставка по группе составила 33,9%. Данный показатель нами использован в качестве объективного индикатора интенсивности азарты как особого «драйвового» состояния.

В соотношении с вышеуказанным показателем интерес представляло определение суммы максимального проигрыша. Так, средний показатель в группе исследования составил  $19130 \pm 5316,767$  тенге, что составляет 69,89% от суммы максимальной ставки. Долевой эквивалент свидетельствует о пагубности ставок и объективизирует уровень неоправданного риска игрового поведения. То есть опыт осуществления ставок в исследуемой группе характеризуется значительными рисками, связанными с возможными потерями больших денежных сумм, которые могут быть сопоставлены с таковыми в условиях казино.

Сопоставление суммы максимального проигрыша и максимальной ставки свидетельствуют, что в

среднем в группе исследования риск пагубных последствий (потеря денежных средств) крайне высок.

Далее определялась **частота посещения букмекерских контор**, которая свидетельствовала об интенсивности вовлечения в игровое поведение.

Исходя из показателей, самостоятельно заданных участниками опроса, вся совокупность частот условно нами поделена на область эпизодической игровой активности (до 2 раз в месяц), и регулярной активности (3 и более раз в месяц). Только 26% участников опроса заявили о редком пользовании услугами букмекерских контор.

Данные, представленные на рисунке 1, отчетливо показывают пик на показателе еженедельного посещения контор (36%), что может быть расценено как регулярная активность или иначе устойчивый паттерн поведения. Ежедневные ставки 13% участников позволяют предполагать формирование зависимости – гемблинга.

С данным показателем соотносится **средняя продолжительность сеанса осуществления ставок**.

Основная часть выборки характеризовалась достаточно длительными сеансами пребывания в конторах – 1 час и более (88%). Данный показатель свидетельствует об охваченности большинства участ-

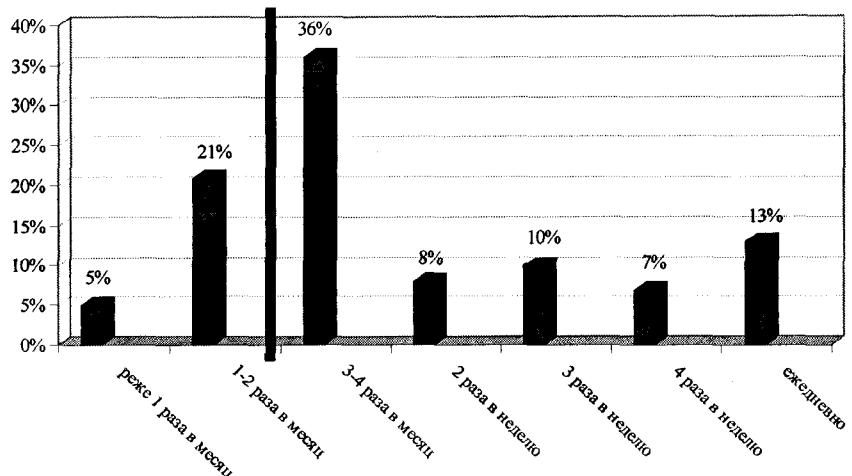


Рисунок 1. Частота посещений букмекерских контор

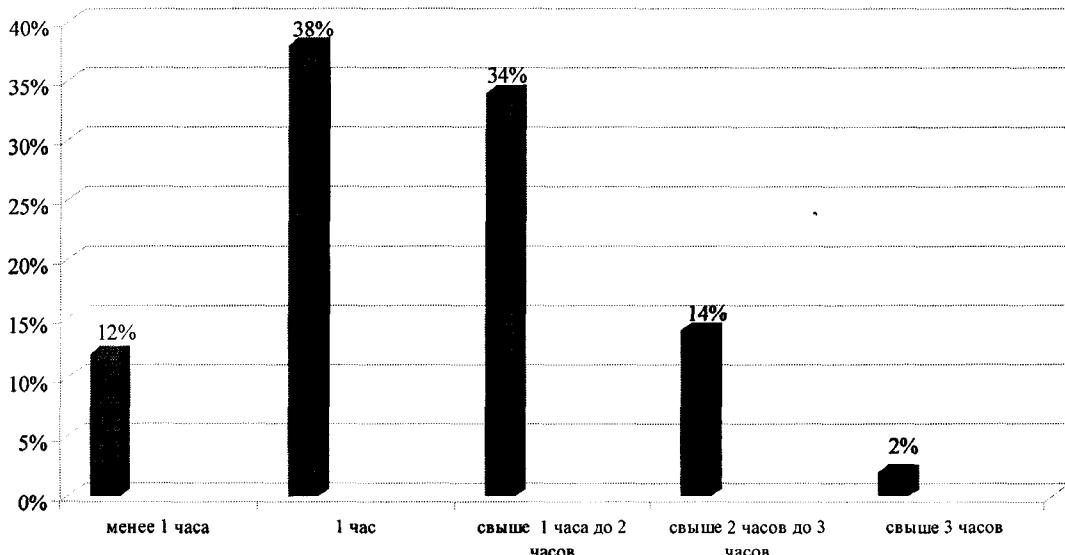


Рисунок 2. Средняя продолжительность сеанса осуществления ставок

ников исследования азартным драйвом во время осуществления ставок. При сопоставлении с предыдущим показателем (частота посещений) можно сделать вывод о том, что в среднем клиенты контор проводят за игрой в тотализаторах от 4 до 8 часов в месяц.

Следующим пунктом, представляющим интерес для исследователей, явились так называемые *внешние мотивы* осуществления ставок. При этом нам важно было понять, как посетители контор самостоятельно словесно описывали свои побуждения к игре на тотализаторах. После чего определялась весовая доля (процент) типовых ответов респондентов.

Чаще всего среди мотивов назывался «азарт», который приводил к повторному посещению букмекерских контор и регулярному вложению крупных сумм в ставки.

*Азарт* (фр. hazard – случай, случайность; риск) – чрезмерное и неконтролируемое эмоциональное возбуждение, возникающее в погоне за удачей, воз-

можной или только воображаемой, и сопровождаемое снижением способности реалистически оценивать ситуацию [1].

Из всех представленных мотивов «азарт» имел наиболее специфическую природу, позволяющую подозревать формирование зависимости от ставок. Другими словами, азарт при гемблинге может рассматриваться как аналог эйфории при химической зависимости (наркомании, алкоголизме).

Остальные мотивы отличались больше объяснительным характером: «дополнительный заработка, интерес, лёгкие деньги, отдых».

На втором месте по частоте ответов находится мотив «дополнительного заработка» (28%). Он косвенно свидетельствует о псевдоблагополучном игровом поведении, что обычно бывает на начальных стадиях зависимости от азартных игр – так называемой «стадии выигрышней». С данным мотивом перекликается «прибыль», которая авторами иссле-

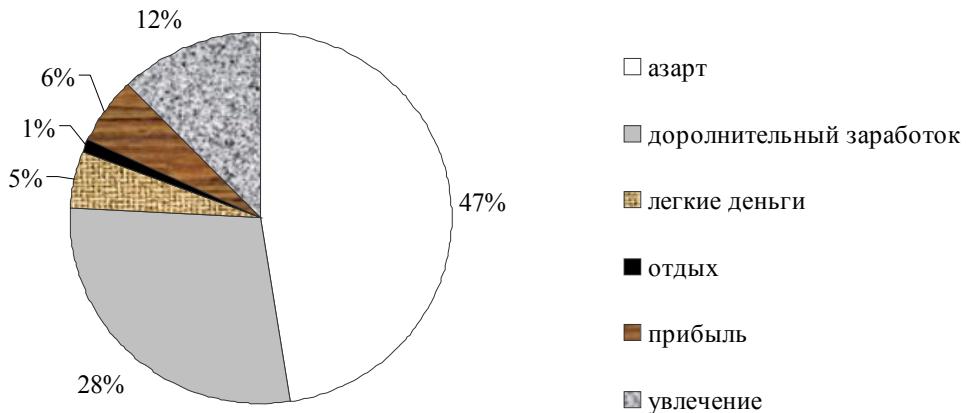


Рисунок 3. Мотивы осуществления ставок в букмекерских конторах

дования вынесена для обозначения основного дохода. У 6% опрошенных лиц это может косвенно свидетельствовать о превращении ставок в основной вид поведенческой активности.

Самостоятельно описывали главный мотив осуществления ставок как «легкие деньги» 5% опрошенных респондентов, что может быть интерпретировано как азартное поведение, формально закреплённое в получении финансовых средств.

Мотив «увлечения» (12%) также косвенно может свидетельствовать об устойчивом поведении с восторженно-приподнятым состоянием, поглощённостью деятельностью, которые переживают участники опроса.

«Интерес» (1%) подразумевает внимание, которое появляется в отношении ставок на тотализаторах. По сути, интерес является инициальным звеном при вовлечении в сферу игорного бизнеса.

«Отдых» (1%) – мотив, подразумевающий присутствие в жизни игрока альтернативных видов активности (работа, другие интересы, хобби). Однако респондент предполагает использование ставок, как некий агент для релаксации.

Таким образом, суммируя ответы респондентов по пункту «мотивы», можно сделать выводы:

1) об исключительной представленности положительных установок на осуществление ставок;

2) о преобладании среди мотивов азарта, который в 47% случаев проговаривался открыто, в 12% озвучивался в виде увлечения;

3) упоминание денежных эквивалентов приводится в синонимичной форме (лёгкие деньги, дополнительный заработка, доход) в 39% случаев, что косвенно может свидетельствовать о получении дивидендов от игры, так называемой стадии «выигрышней», которую переживают клиенты букмекерских контор.

Следующий показатель «денежные источники для осуществления ставок» позволяет определить как социальный облик клиента контор, так и выявить, насколько его доходы подчинены игровой активности, то есть косвенно судить о степени вовлечения в лудоманию.

В подавляющем большинстве случаев основным источником денежных средств для осуществления ставок явилась «заработка плата» ( $64\% \pm 9,4\%$ ). Привлекая в игровую активность главный источник дохода, клиенты контор становятся социально уязвимыми, реализуя тем самым рискованное поведение. Данный показатель может свидетельствовать о пагубных последствиях лудомании.

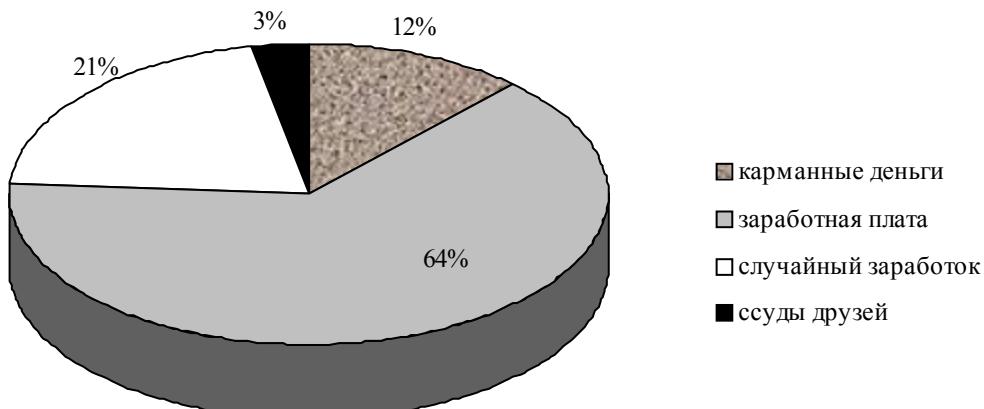


Рисунок 4. Денежные источники для осуществления ставок

«Случайный заработка» подразумевает либо отсутствие стабильного дохода у части клиентов контор, либо исключительное использование нестабильных доходов для ставок, что может иметь временный характер и в последующем затронет основные доходы.

«Карманные деньги» явились источником для ставок в  $12\% \pm 6,4\%$  случаев, что может свидетельствовать, с одной стороны, об использовании только строго ограниченных сумм для ставок, с другой стороны, предполагает перераспределение оперативных средств в пользу одной ограниченной потребности.

«Ссуды друзей» (3%) предполагают заем денежных средств извне, что может быть обусловлено интенсивными расходами на игру.

Наконец, ключевым показателем, анализируемым в части поведенческих паттернов игрового поведения, было осознание респондентами пагубности ставок.

Из 100 опрошенных лиц наличие проблем, связанных с посещением букмекерских контор, отмечали лишь 22 респондента (22%). В данном случае полученные результаты подтверждают литературные данные о постепенном развитии зависимости от азартных игр с дефицитом критики и недостаточным осознанием негативных последствий (Зорин Н., 2004). Так, в исследовании Менделевича В.Д. (2003)

установлено достоверное снижение общей способности к прогнозированию и выраженные расстройства волевой сферы у гемблеров. Способность видеть собственные проблемы появляется обычно в стадии проигрышей и отчаяния (2 и 3 стадии зависимости соответственно) (Бухановский А.О., Андреев А.С., Дони Е.В.). У опрошенных респондентов длительное время проблемы могут быть компенсированы мнимым благополучием, ощущением азарта, что подтверждается описанием выявленных мотивов игры. Соответственно можно предполагать прямую корреляцию между осознанием проблемного гемблинга и стажем игрового поведения, стадией зависимости.

Далее проводилась количественная оценка степени риска вовлечения в игровую зависимость в пределах исследуемой группы.

Опросник состоит из 9 утверждений, по каждому из которых клиент букмекерских контор выбрал один из предложенных ответов. Результаты были суммированы в баллах, позволяющие стратифицировать риски вовлечения в игровую зависимость.

На рисунке 5 представлено, согласно выделенным набранным баллам, разделение исследуемой группы.

Как видно из данных рисунка 5 большинство участников (50 человек) показало результаты, соответствующие уровню рискованного игрового поведения.

Таблица 2

*Интерпретация показателей  
«Диагностического опросника проблемного увлечения азартными играми»*

Балл	Результат
0 баллов	Нет никаких негативных последствий азартной игры. Вы можете играть изредка, с целью общения или на досуге - игра не является проблемным пристрастием.
1-2 балла	Вы можете играть в азартные игры на уровне, не ведущем к негативным последствиям. Если вы часто играете в азартные игры, то этот результат может означать достаточно высокую степень риска, подлежащую дальнейшему исследованию.
3-7 баллов	Вы играете в азартные игры на уровне, который может привести к негативным последствиям. Результат указывает на уровень риска, подлежащий дальнейшему исследованию.
8-21 балл	Вы играете на уровне, ведущем к негативным последствиям. Возможно, контроль над пристрастием к азартным играм уже потерян - чем выше результат, интенсивней игра, тем серьезнее могут быть ваши проблемы. Необходимо исследовать ваше пристрастие к игре и его последствия.

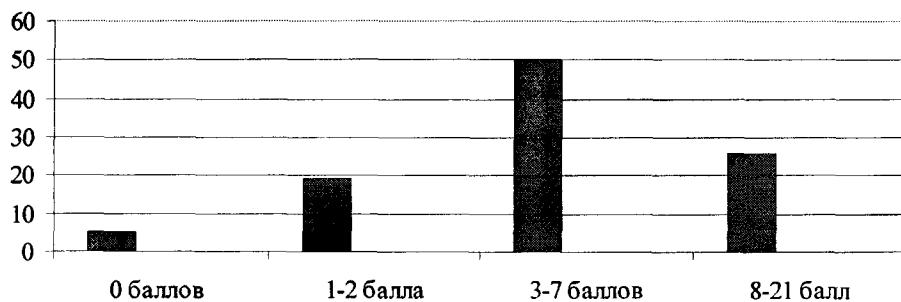


Рисунок 5. Структура исследуемой группы по рискам вовлечения в игровую зависимость

У 26% участников опроса негативные последствия выражены и позволяют подозревать наличие зависимости от игр. Максимальный балл группы равнялся 13. Средний балл группы –  $5,3 \pm 0,6$ , что определяет необходимость дальнейшего уточнения глубины пагубных последствий. Таким образом, 76% участников исследования демонстрируют проблемное игровое поведение, приводящее к дезадаптации.

После описания особенностей изучаемых признаков в группе исследования интерес представляло выявление возможных корреляционных связей в пределах изучаемых параметров. Корреляционный анализ проводился посредством применения критерия Пирсона ( $k$ ).

Достоверные положительные корреляции были обнаружены между показателями Опросника и следующими параметрами:

- стаж ставок ( $k = 0,3$ ),
- самосознание зависимости ( $k = 0,4$ ),
- частота посещения контор ( $k = 0,3$ ).

Таким образом, можно заключить, следующее:

- a) по мере нарастания пагубности реализации ставок нарастает частота посещений букмекерских контор;

- b) риск деструктивных последствий игры напрямую зависит от стажа игры;
- b) повышение уровня самосознания проблем, связанных с осуществлением ставок можно ожидать по мере нарастания риска вовлечения в игровую зависимость либо при появлении таковой.

Полученные корреляции подкреплены данными сравнительного анализа между подгруппами, различающимися по баллам, набранными в Опроснике.

*Первая подгруппа* – лица, набравшие от 0 до 7 баллов, – это участники, у которых пагубные последствия либо отсутствуют, либо находятся на границе рисков – 74 человека;

*Вторая подгруппа* – лица, набравшие более 8 баллов, – это участники, у которых определены явные пагубные последствия игры/риски зависимости – 26 человек.

Статистические показатели (таблица 3) свидетельствуют о том, что стаж ставок и самосознание вреда игры достоверно выше у клиентов контор с явными пагубными последствиями/рисками зависимости.

Таблица 3

*Особенности отдельных характеристик игрового поведения  
в зависимости от степени риска вовлечения в лудоманию*

Характеристики	Первая подгруппа (n=74)		Вторая подгруппа (n=26)		P
	Среднее значение	Доверительный интервал	Среднее значение	Доверительный интервал	
Стаж ставок	2,8	$\pm 0,3$	3,6	$\pm 0,6$	<0,01
Самосознание	12,2%	$\pm 7,4\%$	50%	$\pm 19,2\%$	<0,01

Обнаружены корреляции между суммой максимального проигрыша и следующими показателями:

- стаж ставок ( $k = 0,4$ );
- частота посещений ( $k = 0,4$ );
- сумма максимальной ставки ( $k = 0,7$ );
- время, проводимое в конторе ( $k = 0,3$ ).

Таким образом, данные корреляции свидетельствуют о том, что негативные последствия, выраженные в сумме максимального проигрыша, возрастают по мере нарастания стажа осуществления ставок, учащения посещений контор, удлинения времени игры, и обладают выраженной прямой связью с суммами, потраченными на ставки.

## Выводы

1. Проведенное исследование позволило представить основные социально-демографические черты типичного потребителя услуг букмекерских контор на территории городов Павлодар и Экибастуз: мужчина в возрасте  $25,6 \pm 1$  лет, состоящий в браке ( $60,9\% \pm 9,6\%$ ).

2. Общий стаж ставок в исследуемой группе в среднем составил  $3 \pm 0,3$  года, колебался между 1 и 7 годами. То есть группа обнаруживала длительную историю осуществления ставок, что позволяет отнести такие действия к устойчивому (закрепленному во времени) паттерну/образцу поведения.

3. Сумма максимальной ставки в группе исследования равнялась достаточно крупным суммам ( $27375 \pm 10958,77$  тенге в среднем, 400000 тенге – максимальное значение), что составило 33,9% от среднего дохода жителей Павлодарского области (Департамент статистики Павлодарской области, август 2012 года). Сумма максимальных проигрышей составила 69,89% от суммы максимальных ставок. Данные показатели объективно свидетельствуют об интенсивности азарта среди посетителей букмекерских контор, а также о пагубности рискованного поведения при осуществлении ставок.

4. Осуществляли ставки еженедельно 36% клиентов букмекерских контор, что может быть расценено как регулярная активность, или иначе устойчивый паттерн поведения. Ежедневное осуществление

---

---

ние ставок 13% опрошенных лиц может указывать на формирование игровой зависимости.

5. Основная часть выборки характеризовалась достаточно длительными сеансами пребывания в конторах – 1 час и более (88%). При этом в среднем клиенты контор городов Павлодара и Экибастуза проводили за игрой в тотализаторах от 4 до 8 часов в месяц.

6. При самопрезентации клиентами мотивов своего игрового поведения выявлено преобладание положительных установок на осуществление ставок, превалирование азарта как основного мотива (47% случаев), частое упоминание денежных эквивалентов успеха (39%), что косвенно может свидетельствовать о получении дивидендов от игры и так называемой стадии «выигрышней», которую переживают клиенты букмекерских контор

7. В подавляющем большинстве случаев основным источником денежных средств для осуществления ставок явилась «заруботная плата» ( $64\% \pm 9,4\%$ ).

Привлекая в игровую активность главный источник дохода, клиенты контор становятся социально уязвимыми, реализуя тем самым рискованное поведение.

8. Низкий процент респондентов (22%) группы исследования обнаружил осознание деструктивности последствий игры, однако пагубность последствий объективно подтверждена предыдущими характеристиками (сумма максимального проигрыша).

9. Большинство участников (50%) показало результаты, соответствующие уровню рискованного игрового поведения. При этом выявлена прямая корреляция между степенью риска и частотой посещений букмекерских контор, стажем игры и самосознанием деструктивных последствий ставок. Кроме того выявлено, что негативные последствия, выраженные в сумме максимального проигрыша, возрастают по мере нарастания стажа осуществления ставок, учащения посещений контор, удлинения времени игры, и обладают выраженной прямой связью с суммами, потраченными на ставки.

**Список использованной литературы:**

1. Жмуров В.А. *Большая энциклопедия по психиатрии*. – М.: Медицина, 2012. – 2-е изд.
  2. Катков А.Л. *О психологических и медицинских аспектах негативного влияния компьютерной зависимости на несовершеннолетних: Методические рекомендации*. – Павлодар, 2012. – 50 с.
  3. Козлов В.В., Карпов А.А. *Психология игровой зависимости*. – Издательство института психотерапии, 2011.
  4. Малыгин В.Л., Искандирова А.С., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С. *Клиника и критерии диагностики нехимических аддикций: патологический гемблинг, зависимость от азартных компьютерных игр, интернет-зависимость* // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. – 2010. – № 40, II квартал.
- Шепель Ю.В. *Игровая зависимость как социокультурное явление в современном обществе: автореферат дис. на соискание. уч. степени канд. социологических наук*. – М., 2007.

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

### КОМПЛАЕНС В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Г.С. Абдуллина

врач-психотерапевт, г. Астана

Все чаще современная медицина опирается на принципы клиент-центрированного подхода, определяющего потребности пациента, его ожидания и запросы ключевыми в диагностическом и терапевтическом процессах. Не является исключением в этом и область ментальной медицины, которая обеспечивает методологическую основу правильному выстраиванию системы отношения «врач – пациент» [2]. На рисунке 1 представлена структура системы «врач – пациент».

Данная сфера многогранная, выходит далеко за рамки коммуникативной системы координат и объединяет в себе ряд объемных вопросов.

Одной из ключевых составляющих данной системы является комплаенс терапии.

В Index Medicus в 1974 г. включен термин compliance, что в клиническом аспекте означает меру (степень) соответствия поведения пациента медицинским (врачебным) рекомендациям по лечению болезни, в том числе и соблюдению лекарственного режима. Традиционно под комплаенсом подразумевают, прежде всего, следование больного лекарственным назначениям, хотя само это понятие может включать значительно более широкий спектр рекомендаций [3].

Существует и другое определение комплаенса, которое подразумевает некое внутреннее пространство больного, в пределах которого можно говорить о совпадении действий пациента с медицинскими рекомендациями. В таком значении считается, что степень комплаенса отражает и степень удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи. Однако и это не совсем верно, поскольку нередко имеются явно завышенные требования пациентов к качеству медицинской помощи, основанные на оторванных от реальности и наивных надеждах больного на быстрое исцеление.

Не менее противоречивы и концептуальные модели комплаентности, отражающие разнообразие исследовательских подходов при изучении этой проблемы (таблица 1).

Анализ этих моделей комплаенса показывает, что одни из них основаны на вере в выздоровление, другие – на альтернативной адаптации, а третьи – на когнитивных функциях и т.д. Отсутствие какой-либо сопоставимости между ними, а также единой теории развития комплаенса вызывает обоснованную критику со стороны оппонентов, как самих этих моделей, так и полученных при их использовании результатов [3].



Рисунок 1. Структура системы «врач – пациент»

Модели комплаенса

Таблица 1

Название модели	Суть модели
Биомедицинская модель	Фокусирование на таких аспектах, как лечебный режим и побочные эффекты
Бихевиористская модель	Акцент на средовых влияниях и развитии поведенческих навыков
Образовательная модель	Центрирование на улучшении взаимоотношений между пациентом и врачом
Модель популярных в обществе представлений о здоровье	Основана на рациональной оценке полезности, а также препятствий к лечению
Модель саморегулирующихся систем	Анализируются когнитивные и эмоциональные реакции на угрозу заболевания.

Если рассматривать не только внешний поведенческий компонент, но и мотивы комплаентности, то обнаруживается, что у части пациентов формальное следование рекомендациям не отражает их осознанное согласие выполнять врачебные назначения и возможность видеть личную пользу от соблюдения режима терапии. Для описания подобной ситуации вводится понятие «псевдокомпаентности», которое противопоставляется «истинной комплаентности». Некоторые авторы (Fawcett J., 1995; Thompson C., Peveler R.C., Stephenson D. et al., 2000) рекомендуют использовать выражение «приверженность терапии» – adherence, противопоставляя его термину «согласие с лечением» – concordance. Тем самым возлагается ответственность за формирование лечебного союза на врача и, делая упор, на активной и самостоятельной готовности пациента лечиться, а не на вынужденной или пассивной позиции принятия терапевтических воздействий.

Среди переменных, влияющих на комплаенс, выделяют *переменные, зависящие:*

- 1) от врача и организации психиатрической помощи;
- 2) от установок больного;
- 3) от социально-демографических и психологических характеристик больного;
- 4) от проявлений заболевания;
- 5) от лечения;
- 6) от микросоциального окружения пациента;
- 7) от дефицита информации о лекарственных средствах.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что основными группами факторов, определяющими комплаенс, являются группы факторов, связанные с терапией, группы факторов, связанные с пациентом, включая как его психологические особенности, так и особенности заболевания, группы факторов, связанные с врачом, группы факторов, связанные с окружением больного.

Разноречия в определении термина «комплаенс» и моделей его развития дополняются фактическим отсутствием полноценных стандартизованных методов оценки несогласия больного с терапией. Широкие расхождения, касающиеся уровня комп-

лаентности пациентов, частично объясняются несопоставимыми методами его оценки (качественный и количественный; субъективный и объективный; прямой и непрямой), длительностью периода наблюдения, а также критериями собственно нон-компаенса (любое или только недопустимое отклонение от рекомендованного режима приема препарата). Такие методики, как опрос больного, подсчёт препарата, оставшегося после его приёма, микроЭлектронный мониторинг (Medication Event Monitoring System, или MEMS), позволяющий регистрировать, сколько раз в течение суток пациенты открывают упаковки с таблетками, обычно недостаточно надежны и не могут дать гарантированной оценки по факту приёма больными лекарственных средств. Так, при опросах больные нередко дают ложную информацию, просто скрывая препарат от врача. Анамнестические сведения со слов пациентов и их родственников часто расходятся настолько, что их почти невозможно интерпретировать. А те или иные варианты подсчёта лекарственных форм, несмотря ни на что, оставляют больным слишком много возможностей для манипулирования их количеством. Более достоверные данные можно получить при анализах мочи и крови на метаболиты препаратов или другие специфические маркеры. Однако эти методики слишком дорогостоящи и сложны, из-за чего в подавляющем большинстве исследований для оценки комплаентности больных используются менее надежные подходы.

Если говорить о факторах, способствующих нон-компаенсу, то из их почти необозримого множества, лишь некоторые, являются однозначно негативными. С большими или меньшими оговорками причинами несогласия с лечением большинство клиницистов считают:

- а) дискомфорт, вызванный различными нежелательными проявлениями медицинского характера;
- б) дороговизну лечения;
- в) основанные на индивидуальных, религиозных или культурных ценностях суждения больных относительно преимуществ и недостатков предложенного лечения;

- 
- г) обусловленные личностными особенностями трудности адаптации (например, отрицание болезни);
  - д) наличие таких психических расстройств, как шизофрения, избегающее расстройство личности и др.

С другой стороны, такие факторы, как полное информирование пациентов о возможных побочных эффектах назначаемых врачом препаратов, однократность их приема или, например, использование внутримышечных депо-нейролептиков, у разных больных могут способствовать как комплаенсу, так и нонкомплаенсу. Побочные эффекты лекарственных препаратов, по мнению многих авторов, являются одними из самых значимых причин, приводящих к нонкомплаенсу. Однако чаще всего для этого имеют значение не столько количество и спектр нежелательных явлений, сколько их субъективная непереносимость. Кроме того, согласие с терапией, зависящее от чрезвычайно большого числа факторов, крайне неустойчиво. Так, потеря доверия к врачу или ятрогения может в один день сменить комплаентность на нонкомпаентность, что свидетельствует о субъективной значимости определенного фактора в определенный момент терапии [2, 3].

Приведённая выше информация подтверждает неоднозначность и сложность систематизации понятия «комплаенс», что в свою очередь порождает сложность в его оценке и выстраивании конкретных мероприятий по его повышению. Немаловажным фактором, определяющим систему приверженности пациента лечению, является область терапевтических отношений [1, 4].

Большинство исследований посвящено изучению комплаенса медикаментозной терапии. Однако в системе ментальной медицины не все теоретические категории могут быть экстраполированы. В продолжение данного утверждения автором предпринята частная попытка оценки ключевых факторов комплаенса в системе отношений «клиент – психотерапевт».

Для этого клиентам, получающим регулярные психотерапевтические сеансы в индивидуальном порядке, предложено заполнить анкеты. В анкете был обозначен список факторов, которые, согласно литературным данным, могут влиять на приверженность клиента психотерапии [4, 5]. Задание требовало от участников исследования расположения данных факторов в порядке убывания их значимости.

Задание анкеты звучало буквально: «Что, по Вашему мнению, влияет на качество Вашего взаимодействия с психотерапевтом? Ниже в качестве примера предложены факторы, которые могут повлиять на лечебный альянс. Расположите их в порядке убывания их значимости лично для Вас. При желании, Вы можете дополнить данный список факторами, важными для Вас, но не указанными ниже».

---

Заполнение анкеты клиентом проводилось однократно: примерно после 10-12 встречи.

Психотерапевтические встречи строились в модальности проблемно ориентированной психотерапии.

В анкетировании приняли участие 15 клиентов.

В анкете были перечислены следующие факторы:

- профессионализм (большой багаж знаний) психотерапевта;
- внимательное отношение психотерапевта к заявленным Вами проблемам;
- внешний вид психотерапевта (ухоженность, деловой стиль одежды);
- доброта, сопереживание специалиста;
- высокая степень доверия психотерапевту во время контакта;
- искренность и открытость со стороны клиента;
- дисциплинированность психотерапевта и клиента;
- личная ответственность клиента и стремление его исследованию собственного поведения.

Оценка результатов проводилась следующим образом.

Каждому фактору присваивался балл, соответствующий месту, занимаемому в «личном рейтинге» клиента. То есть, наиболее важный фактор автоматически имел 8 баллов, наименее значимый – 1 балл. В том случае, если клиент указывал два дополнительных фактора, он исключал из списка 2 предложенных.

Таким образом, по каждому из факторов высчитывался средний балл группы, после чего факторы были расположены в сводный список.

1. Доброта, сопереживание специалиста.
2. Внимательное отношение психотерапевта к заявленным вами проблемам.
3. Высокая степень доверия психотерапевту во время контакта.
4. Профессионализм (большой багаж знаний) психотерапевта.
5. Искренность и открытость со стороны клиента.
6. Дисциплинированность психотерапевта и клиента.
7. Личная ответственность клиента и стремление его исследованию собственного поведения.
8. Внешний вид психотерапевта (ухоженность, деловой стиль одежды).
9. Предложение психотерапевтом нескольких вариантов решения моей проблемы/стимулирование психотерапевтом моей активности\*.

Таким образом, можно заключить, что в психотерапии, как в никакой другой сфере медицины, эффект лечения зависит от степени комплаенса пациента терапии. При этом система взаимодействия определяется множеством многогранных факторов, которые имеют субъективное значение для отдельно взятого клиента и выстраиваются в его собственной системе координат.

---

\* Пункт, указанный клиентом самостоятельно.

---

---

*Список использованной литературы:*

1. Абабков В.А. Клинические основы психотерапии неврозов и других пограничных нервно-психических расстройств (в свете их патоморфоза). Психотерапия: от теории к практике // Материалы I съезда Российской психотерапевтической ассоциации. – СПб., 1995: С. 66–67.
2. Банников Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы // Обозрение психиатрии и мед. психологи им. В.М. Бехтерева. – 2006; 4: С. 8–12.
3. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатр. и психофармакотер. – 2008; 10 (1): С. 13–20.
4. Кратохвил С. Синтетическая психотерапия. Психотерапия: от теории к практике // Материалы I съезда Российской психотерапевтической ассоциации. – СПб., 1995: С. 99–103.
5. Роут Ш. Психотерапия: искусство постигать природу / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2002.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ**

Г.С. Абдуллина

врач-психотерапевт, г. Астана

Часть ментальной медицины, занимающаяся проблемами психосоматических расстройств, расположена на границе с областью интернальной медицины. Данная часть теоретических знаний и практических навыков сосредоточена на таком важном аспекте соматического заболевания, как его психический компонент. Оценка физического недуга с позиций душевной составляющей позволяет говорить о лечении не болезни, но больного (Мудров М.Я.).

В 1996 году N. Peseschkian впервые указал на дискуссионность понятия «психосоматическое расстройство», которое за последнее столетие прошло значительную эволюцию от понимания узкой группы «классических психосоматических заболеваний» до психосоматики во всеобъемлющем смысле, под которым понимается рассмотрение человека с его болезнями и конфликтами в широком контексте социокультуральных отношений, включая философские, мировоззренческие, политические, экономические и религиозные аспекты [5]. Это становится особенно актуальным в случаях, когда клиническая картина того или иного заболевания выходит за пределы «классических академических» форм. Учитывая непрерывный патоморфоз всего пласта человеческой патологии, можно косвенно судить о нарастающей актуальности применения ментальных подходов для лечения пациентов с соматическими заболеваниями [3, 4]. Яркий тому пример рост потребности в организации качественной психологической и психотерапевтической поддержки пациентов с сердечнососудистой патологией.

### **Теоретические аспекты психосоматических расстройств в кардиологической практике**

Различные формы психосоматических расстройств имеют следующие диагностические критерии:

- функциональный характер;
- обратимость;
- длительность существования;
- локализация;
- характер связи с особенностями личности;
- особенности взаимосвязи с психологическими факторами [2].

В клинике кардиологических болезней встречается всё разнообразие психосоматических расстройств. Удобна и наглядна в данном случае классификация, предложенная Смулевичем А.Б. (1992), согласно которой выделяют следующие состояния (таблица 1).

### **Отдельные вопросы изучения психосоматических расстройств у пациентов, получающих лечение по поводу сердечнососудистой патологии**

Анализируя характер обращаемости кардиологических пациентов за медицинской помощью, можно отследить особенности психосоматических расстройств, встречающихся у данной категории больных. Это важно при планировании психологической/психотерапевтической помощи в пределах кардиоваскулярных нозологий. Целесообразным при этом видится дифференцирование формы кардиологической медицинской помощи.

Таблица 1

*Формы психосоматических расстройств*

Тип расстройства	Характеристика
Соматизированные психические (соматоформные) реакции	Формируются при невротических или конституциональных расстройствах (неврозы, невропатии).
Психогенные реакции (нозогении)	Возникают в связи с somатическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относятся к группе реактивных состояний.
Реакции по типу симптоматической лабильности	Психогенно спровоцированная манифестация либо экзарбация somатического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном их понимании).
Реакции экзогенного типа (соматогении)	Манифицируют вследствие воздействия somатической вредности на психическую сферу и относятся к категории симптоматических психозов, то есть к категории экзогенных психических нарушений.

Для этих целей была набрана сводная группа из 50 пациентов, получивших лечение:

- а) на амбулаторно-поликлиническом этапе – 21 человек;
- б) в условиях дневного стационара – 17 человек;
- в) в условиях стационара – 12 человек.

Спектр somатических диагнозов представлен артериальной гипертензией (АГ), различными формами ишемической болезни сердца (ИБС) (хроническая и острая формы), нейроциркуляторная дистония (НЦД) (таблица 2).

Основные характеристики психического статуса оценивались одним и тем же специалистом (психотерапевтом) перед планированием интервенций.

Оценка статуса проводилась *клинико-психопатологическим методом* с описанием текущего состояния и квалификацией соответствующих симптомов и синдромов в пределах сфер психической деятельности.

Выделены следующие синдромы (рисунок 1).

У 16 пациентов (32%) психопатологические синдромы были оформлены в завершённые психосо-

Таблица 2

*Нозологическая структура группы исследования (n=50)*

Диагноз	Количество пациентов
Артериальная гипертензия	34 чел.
Ишемическая болезнь сердца	3 чел. Хронические формы
Нейроциркуляторная дистония	7 чел. 6 чел.

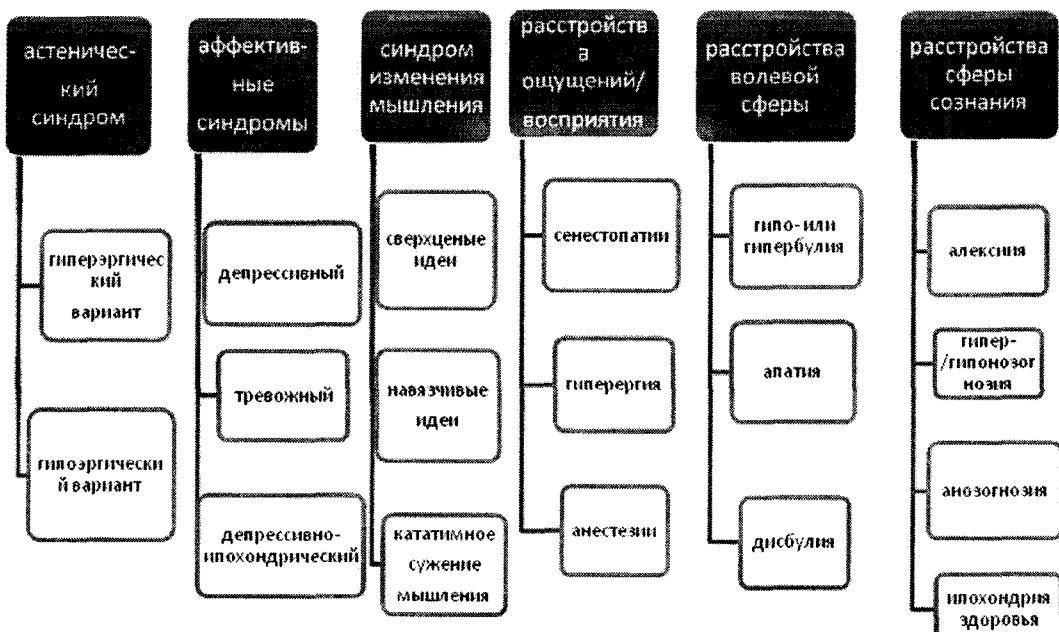


Рисунок 1. Синдромальный спектр в группе исследования

матические расстройства. При этом обращали на себя внимание следующие особенности картины заболевания (анамнестические сведения):

- 1) неоднократные повторные в году обращения за медицинской помощью;
- 2) феномен «дрейфа» между специалистами;
- 3) длительный анамнез основного заболевания при относительной сохранности функции пораженного органа (чаще всего при обилии жалоб недостаточность кровообращения (НК) не превышала 1 степени);
- 4) антагонистическое отношение к идее психологической помощи колебания от открытого непринятия до навязчивого стремления «разобраться в душевных стрессах».

Интересно было наблюдать феномен «вращающихся дверей», описанный в свое время у пациентов психиатрического спектра для иллюстрации низкого качества ремиссий и нарастающего госпитализма.

Термин «вращающиеся двери» был предложен немецким психиатром W. Auch (1963) для обозначения некоторых причин регоспитализации психически больных лиц: «Психофармакотерапия сокращает длительность госпитализации, но отказ больных от долечивания во внебольничных условиях приводит к экзацербации и вынужденной регоспитализации. Негативным аспектом «вращающихся дверей» является развитие чувства фатальности и капитуляции перед заболеванием».

Так, у 6 пациентов регистрировались регулярные посещения врача. Причём такие пациенты использовали любую возможность «получить полагающееся им по закону лечение» на этапе первичной медико-

санитарной помощи, дневного стационара, стационарной помощи. Они охотно рассказывали, как добивались возможности раз в год пройти курс высокоспециализированной медицинской помощи.

Касаясь структуры выявленных расстройств, следует подчеркнуть представленность в группе исключительно психогений (нозогений) и реакций по типу симптоматической лабильности.

Психогенные расстройства, обозначаемые термином «нозогении» (Смулевич А.Б. и др., 1992; Смулевич А.Б., 1994), обусловлены влиянием психотравмирующих событий, связанных с somатическим заболеванием. Структура нозогений детерминируется психологическими, социальными, конституциональными (характерологические особенности личности) и биологическими (соматическое заболевание) факторами.

По структуре психогенных расстройств группа из 7 пациентов разделилась следующим образом (рисунок 3).

У 9 пациентов регистрировалась симптоматическая лабильность. В этих случаях речь идёт о психогенно провоцированной манифестиации или экзацербации проявлений somатического заболевания. Обязательным условием отнесения болезненных состояний к психосоматическим состояниям является наличие психотравмирующих эмоционально значимых событий, не только связанных во времени с началом или обострением somатического заболевания, но и играющим существенную патогенную роль в возникновении психосоматических расстройств.

Чаще всего провоцирующими психогенными факторами в группе оказались:

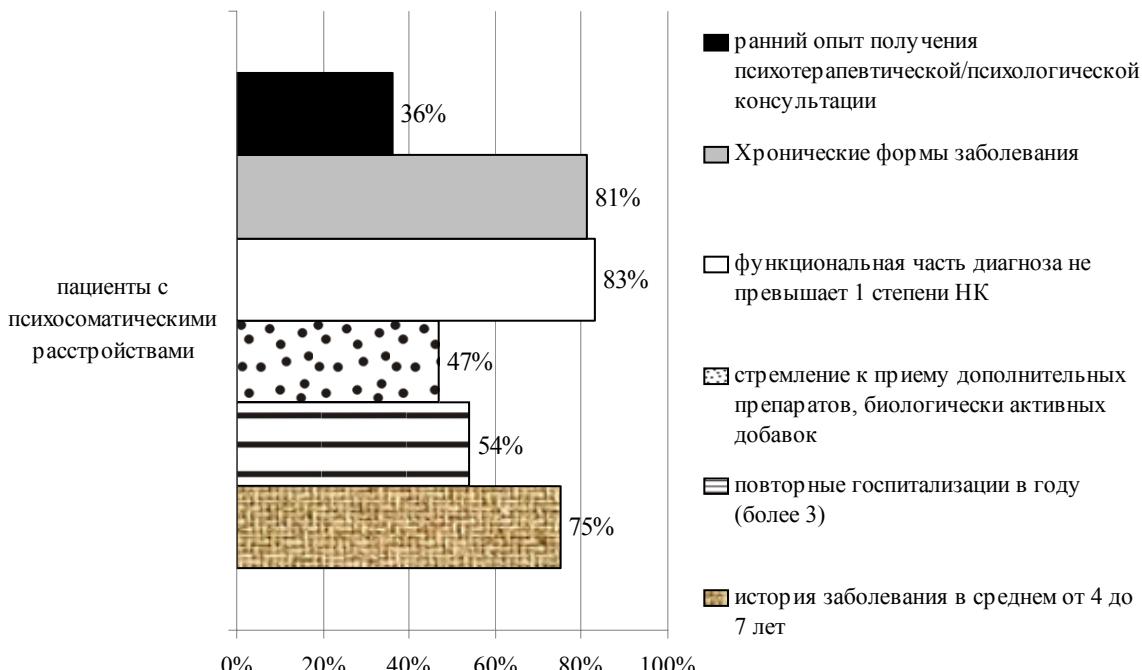


Рисунок 2. Данные анамнеза пациентов, обнаруживших признаки психосоматических расстройств



Рисунок 3. Структура психогенных расстройств

- конфликты в коллективе – 54%;
- потеря близких людей – 47%;
- затяжные конфликты – 58%.

### **Заключение**

Таким образом, изучение структуры психических расстройств, обнаруживаемых у пациентов, получающих лечение по поводу сердечнососудистой патологии, доказывает большую важность ментального аспекта в патокинезе данной группы заболеваний [1, 4].

В процессе оценки психического статуса и отдельных анамнестических данных (клинико-психопатологический метод) у большинства пациентов обнаружены проявления пограничного психиатрического спектра, в том числе достигающих степени психосоматических расстройств.

Работа психотерапевта с кардиологическими пациентами позволяет выявить психопатологические расстройства у пациентов, что повышает уро-

вень дифференциальной диагностики, обеспечивает своевременное, комплексное оказание медицинской помощи. Психотерапевтическая работа с кардиологическими больными снижает у них риск развития психогенных нарушений и облегчает взаимодействие с интернистами.

#### **Список использованной литературы:**

1. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий. Психологический журнал 1997; 2: С. 5–17.
2. Кратохвил С. Синтетическая психотерапия. Психотерапия: от теории к практике. Материалы I съезда Российской психотерапевтической ассоциации. СПб., 1995; С. 99–103.
3. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни ипатогенные заболевания. М., 1977.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
5. Пезешкиан Н. Психосоматическая медицина и позитивная психотерапия, 1996: С. 85–6.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

## **ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИХ ГРУПП С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ КЛИЕНТАМИ (структурный анализ)**

Д.Е. Аяганова

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

Очень часто ВИЧ-инфекцию ошибочно рассматривают как исключительно медицинскую проблему. Между тем людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), зачастую приходится сталкиваться с социально-психологическими проблемами задолго до того, как им

понадобится медицинская помощь. Даже при отсутствии болезненных симптомов ВИЧ-инфекция часто приводит к проблемам, влияющим на качество жизни, на отношение человека к себе и окружающим [2].

Спектр проблем, возникающий с актуализацией ВИЧ-статуса, вынуждает человека учиться самостоятельно решать свои жизненные проблемы и помогать преодолеть одиночество, непонимание и предвзятое отношение окружающих. Данный тезис чаще всего звучит слишком «идеалистично». В действительности данная сложная задача требует мульти-

дисциплинарного подхода и помощи команды специалистов. Это составляет основу работы служб для людей с ВИЧ: поддержка ближайшего социального окружения, возможность взаимопомощи ВИЧ-положительных лиц, предоставление информации и поддержки со стороны квалифицированных специалистов [3, 4].

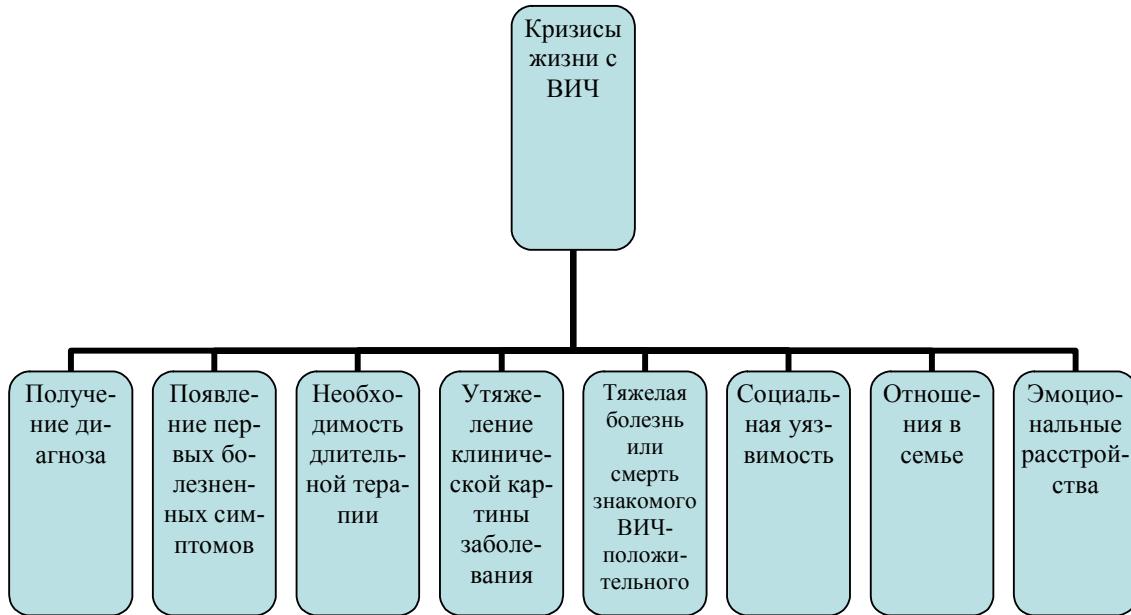


Рисунок 1. Спектр личностных проблем, связанных с ВИЧ

Из содержания рисунка 1 виден лишь приближенный спектр проблем, которые предстоит ставить «во главу угла» при осуществлении поддержки ВИЧ-инфицированным.

Существует три аспекта поддержки людей с ВИЧ:

- стигма и дискrimинация;
- эмпаурмент;
- вовлечение людей с ВИЧ.

Каждый из этих аспектов определяет последующий. В частности, вопросы стигмы и дискrimинации являются инициальными и требуют от специалиста представления о различных их проявлениях.

Вышеприведенные теоретические данные подтверждают практический опыт, который накапливается при построении работы с ВИЧ-инфицированными лицами. При этом ценность таких данных возрастает при длительной системной работе с нуждающимися лицами.

В таком ключе была построена программа социально-психологической поддержки для ВИЧ-инфицированных лиц, осуществлявшаяся на территории города Павлодар в течение 2011-2012 годов. Одна из ключевых частей программы осуществлялась в рамках психотерапевтической группы открытого типа с еженедельной частотой посещений участников.

За анализируемый период группу посетили 17 участников. По возрастному составу группа представлена в среднем  $34,6 \pm 4,3$  годами. В группе

с незначительным перевесом преобладали женщины (64,7%).

Среди 17 участников 58,8% положительный статус ВИЧ-статус регистрировался на фоне опиоидной наркомании, у которых во время посещения групповой терапии регистрировались ремиссии.

Одной из центральных проблем, решаемой в рамках данной группы, было принятие факта собственного заболевания [1].

Согласно стадий болезни, описанных Е. Kubler-Ross, в группе наблюдались следующие особенности принятия факта ВИЧ-статуса.

*Стадия жертвы* – участники группы чувствовали себя людьми, отличающимися от других. Часто в группе они заявляли, что ощущают чувство вины. При этом «жертвы» обнаруживали сопротивление групповой работе. Чаще всего психотерапия строилась с ними в индивидуальном формате, так как последние не испытывали желания знакомиться и общаться с другими ВИЧ-позитивными лицами.

*Стадия первых шагов* – участник начинали осознавать ситуацию, в этот период ВИЧ-инфицированные лица пытались найти помочь, получить информацию. На этой стадии клиенты начинали регулярно посещать групповые сессии.

*Стадия отрицания* – клиенты старались «забыть» о проблемах, реагировали на запросы других участников групп. Позиционировали себя как «лю-

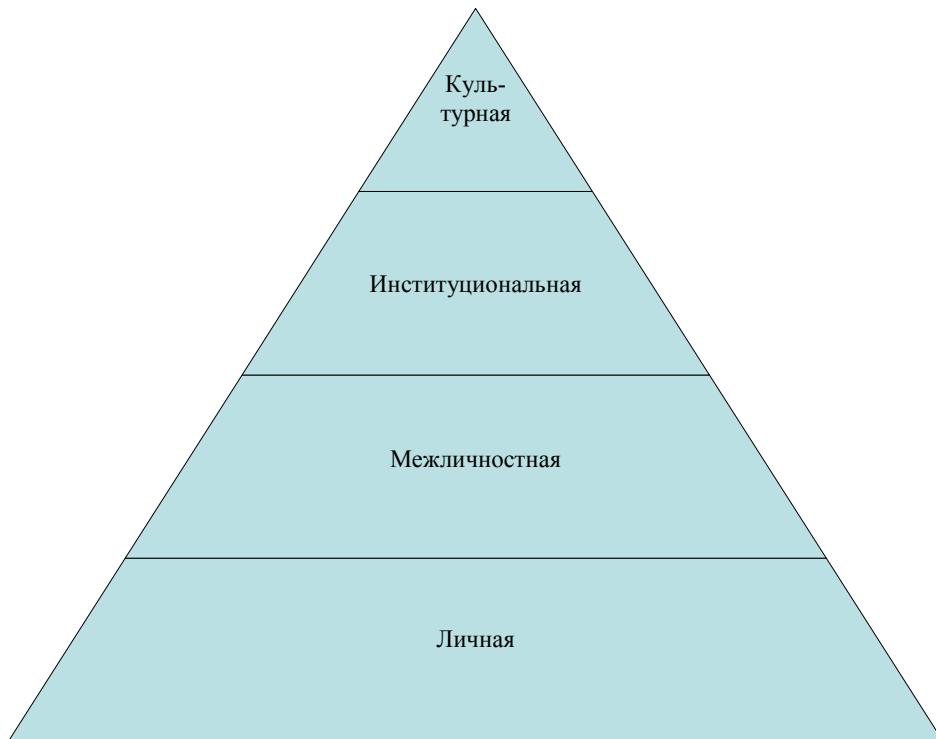


Рисунок 2. Типы стигм

дей, не думающих о сложностях и живущих одним днем», утверждали, что «привыкли к диагнозу».

*Стадия гнева и протеста* – на групповых сессиях клиенты часто протестовали против допущенных к ним несправедливостей, при этом зачастую ими предпринимались конкретные действия для доказывания своей правоты. Так, чаще всего они негодовали по поводу дискриминации, бюрократических проволочек в их отношении.

*Стадия компромисса или сделки с болезнью* – изменение образа жизни клиентов с появлением признаков «ипохондрии здоровья». В групповой терапии участники в этой стадии говорили о «пересмотре взглядов на свою болезнь», при этом зачастую старались настойчиво убедить окружающих в необходимости менять образ жизни, чтобы «отложить приговор судьбы».

*Стадия отчаяния* – клиенты демонстрировали отчаяние, острые реакции горя, печали, тревоги, проговаривают о страхе смерти и чувство безысходности. В групповой терапии такие клиенты заявляли о себе острыми эмоциональными реакциями, привлекая внимание группы к их принятию и утилизации.

*Стадия первичного активизма* – клиенты демонстрировали потребность помогать другим, предоставлять информацию и поддержку. Порой клиенты в данной стадии обнаруживали иррациональную агрессивность. Они негодовали по поводу об-

щественной несправедливости, порой открыто противостояли организациям и людям, проявляющим дискриминацию. Чаще всего в этой стадии клиенты открывали свой ВИЧ-статус окружающим.

*Стадия адаптации\** – клиент обладает максимально полной информацией о ВИЧ и смежных проблемах. Происходит осознание позитивных аспектов жизни с ВИЧ, понимание процессов, связанных со стигмой. Человек обретает контроль над жизнью. Негативное влияние на её качество сводится к минимуму. Для этой стадии характерен конструктивный активизм – продуманные действия по изменению ситуации к лучшему [5].

В литературе можно найти регулярное упоминание о трудностях, возникающих при организации и непосредственной реализации группового консультирования ВИЧ-инфицированных. Условно трудности могут быть разделены на следующие группы.

При работе с описываемой группой выявлены следующие так называемые прикладные трудности.

Описываемое в литературе деление на группы поддержки, взаимопомощи и психотерапии обеспечивает преемственность терапевтического процесса.

Анализируемая группа проводилась под руководством психотерапевта, однако фактически имела элементы поддержки, взаимопомощи и психотерапии, что было обусловлено текущестью состава участников – с одной стороны, и разной готовностью к работе – с другой. Из этого вытекали трудности при фор-

\* в группе клиенты, находящиеся на данной стадии, отсутствовали.

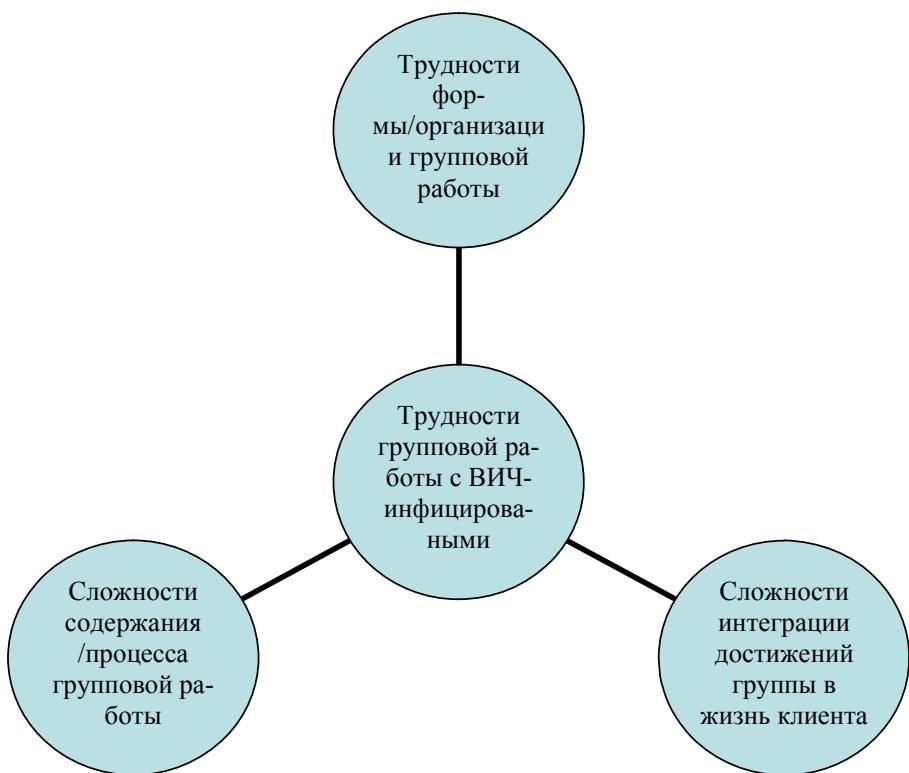


Рисунок 3. Трудности групповой работы с ВИЧ-инфицированными лицами

мировании команды и плана работы, чаще всего группа возникала и «жила» при наличии активных участников, которые уходили из пространства психотерапии по мере решения своих проблем.

Таким образом, *трудности формы/организации* включали в себя: подвижный состав участников, низкий уровень личной дисциплины, отсутствие возможности работать только в модальности психотерапии и колебания в сторону поддержки и взаимопомощи. Данные проблемы частично решались индивидуальным консультированием части участников, которое проводилось как в инициальном периоде (до входления в группу), так и в период работы на группе.

Достаточное количество трудностей касалось содержания групповой работы. В данном случае группа могла выступать и как фон для проведения индивидуального психологического консультирования, так и как команда фасилитации, как тренинговая команда. Проблематичнее всего было достижение возможности реализации групповой динамики, что во многом объяснялось особенностями функционирования (организации) группы.

*Трудности процесса / содержания групповой работы:* размытость методологических подходов, многообразие желаемых результатов, разный уровень готовности участников группы к изменениям и к групповой динамике. Сложившаяся группа порой провоцировала внутренние конфликты, что повышало риск вытеснения ряда участников и требо-

вало индивидуальной работы с клиентом. С другой стороны, понимание, открытость и поддержка участников группы порой создавали у участников представление о хорошей жизни только на группе, что приводило к своеобразной зависимости, вынуждая участника жить от группы к группе.

*Трудности интеграции достижений группы* чаще были связаны с недостаточным уровнем развития сети сервиса для данной категории лиц. Зачастую сложности связаны были с ограничением трансляции принципов взаимопомощи, отсутствием законодательной базы, регулирующей права и процедуру поддержки данной категории граждан. Кроме того, трудности заключались в недостаточности альтернатив, которые могли предложить специалисты для своих клиентов. В частности, отсутствие чёткой дифференциации спектра услуг в зависимости от потребности клиентов.

Таким образом, психотерапевтическая работа с группой ВИЧ-инфицированных лиц имеет ряд основополагающих особенностей. Одновременно она ставит перед специалистом и клиентами универсальные цели:

- формирование новых представлений о себе, окружающих, о своём месте в мире;
- углубление навыков общения, личностный рост.

В свою очередь, поддержка и личное участие вплетаются в общую канву группы, обеспечивая жизнеспособность пространства психотерапии.

---

---

*Список использованной литературы:*

1. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ – М.: «Инфо-плюс», 2003.
2. Полянский Д.А., Калинин В.В. Проблема психических расстройств у ВИЧ-инфицированных // Вопросы наркологии. – 2002. – № 2.
3. Россинский Ю.А., Рахмазова Л.Д., Ескалиева А.Т. Эмоциональные расстройства у больных наркоманией, инфицированных ВИЧ. – Павлодар, 2006.
4. Филиппова Е.В. Эмоциональные нарушения у ВИЧ-инфицированных // Психологические исследования. – 2010. – № 4.
5. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Городнова М.Ю. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе: Учебное пособие для врачей и психологов. – М.: «Речь», 2010.

УДК 616.89

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

С.Н. Бугаенко

участковый врач – психиатр диспансерного отделения ГУ «Рудненская городская психиатрическая больница»

Г.К. Ахметова

участковый врач – психиатр ГУ «Областной психоневрологический диспансер» г. Павлодар

А.З. Нургазина

руководитель отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар

*Нельзя лечить тело, не леча душу.  
Сократ*

Шизофрения (от греч. *schizo* – расщепляю и *phren* – душа) - прогредиентное психическое заболевание, преимущественно поражающее людей молодого возраста (отсюда другое название болезни – «раннее слабоумие»), определяющееся различными продуктивными симптомами и особыми изменениями личности (негативные симптомы), так называемым шизофреническим дефектом, при котором всегда присутствует аутизм, эмоциональное обеднение и утрата единства психических процессов.

Шизофрения – тяжёлое прогрессирующее заболевание, характеризующееся неуклонным снижением социального функционирования и разрушением связей пациента с внешним миром. Это хроническая психическая болезнь с отчётливыми симптомами психоза, нарушениями мышления, эмоциональными расстройствами и неадекватным поведением. Сознание при этом заболевании не нарушено, как и не изменены многие интеллектуальные процессы, хотя при длительном течении шизофрении нарушается процесс восприятия, внимание и память.

Шизофрения начинается, в среднем, в возрасте от 10 до 30 лет. Риск заболеть шизофренией в течение жизни составляет 1% - 1,5%. Часть больных выздоравливают, в большинстве же случаев болезнь приобретает хроническое рецидивирующее течение.

При шизофрении теряется цельность личности, происходит её расщепление, утрата дифференциации своего «Я», часто возникает переживание, что наиболее сокровенные мысли, чувства и действия известны окружающим людям, и они могут влиять на эти процессы. По мере течения болезни возможны периоды её обострения и, наоборот, периоды ремиссии. При неправильном лечении шизофрении разрушаются связи личности с её социальным окружением, нарастают апатия и снижение энергетического потенциала.

Д.Д. Плетнев (1930) отмечал: «Всякий врач должен быть хорошо знаком с так называемой малой психиатрией. Это знакомство необходимо не только в видах понимания семиотики больного, но и как элемент в установке предсказания и лечения».

В современное время психиатрия, ориентированная в большей степени на синдромы – совокупности симптомов (признаков) психического расстройства, а не на нозологические формы (болезни, с их началом, течением и исходом), с некоторой долей пессимизма относится к диагнозу: Шизофрения.

Д.Д. Яблоков писал: «Нельзя рассматривать больного сквозь узкое окно своей специальности. Необходимо всегда помнить, что организм – единое целое, и не терять самого главного – личности больного с его сложным миром переживаний и эмоций».

---

Основным методом при лечении шизофрении является медикаментозное лечение, поэтому очень важным является подбор препаратов. Для лечения шизофрении применяются препараты из группы антипсихотиков (или нейролептики), они устраняют продуктивную симптоматику, предотвращают прогрессирование негативных симптомов, а также положительно влияют на когнитивные функции.

Применяя любой медикамент, мы подбираем дозу и способ введения в зависимости от индивидуальных особенностей пациента (возраст, сопутствующие заболевания, тяжесть общего состояния и т.д.). Точно так же и в том случае, когда врачу приходится использовать своё психологическое влияние уже намеренно в качестве лекарства, он должен индивидуализировать его применение. Но доза и форма лекарства «врач» зависят не от нозологического диагноза, а от душевного состояния пациента. Ведь оно воздействует не на микробы, не на уровень сахара в крови, не на ослабевшую мышцу сердца, а на страх, тревогу, отчаяние, тоску, безразличие. Иногда душевное страдание оказывается горше самой болезни.

Для лечения шизофрении необходима также психотерапия и реабилитация. Психотерапия – это тончайший процесс взаимодействия души врача с душой пациента. Психотерапия шизофрении – это настоящее искусство. Всякое взаимодействие между людьми имеет и психотерапевтическую составляющую. Недаром в одном из кратких и популярных определений под психотерапией понимается лечение словом. И конечно знание психиатрии, психологии, философии, теологии и социологии необходимо для эффективности психотерапии шизофрении.

Психотерапия – от греч. Psyche – душа и therapeia – лечение. Данный термин был предложен в 1872 г. Тьюком, который впервые его использовал в своей книге «Иллюстрация влияния разума на тело». Хотя первая систематическая дискуссия на тему психотерапии была открыта Райльсом книгой «Метод психического лечения» в 1803 г., а первое преподавание как самостоятельной дисциплины начато Хайнротом в 1811 году.

Основная цель психотерапии – воспитание гибкости, умение находить новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; обеспечивать активность, энтузиазм, оптимизм; изыскивать, сокращать и развивать ресурсные состояния. Психотерапия по большей части занимается не постановкой целей, а средствами их достижения. Поэтому для многих психотерапия в первую очередь – набор технологий для достижения поставленных целей.

В настоящее время наиболее часто данным понятием обозначают медико-психологическое воздействие на психическую сферу человека с целью оказания ему помощи. Поскольку границу между здо-

ровьем и болезнью, особенно в области пограничных психических расстройств, провести достаточно сложно, сам объект психотерапевтического воздействия – пациент – может быть идентифицирован только квалифицированным специалистом (психиатром) – врачом.

Каждый врач, перед которым стоит задача психотерапии шизофрении, должен хорошо себе представлять особенности статики и динамики клинической симптоматики этого расстройства.

Основная линия, которой придерживаются современные врачи, – это восприятие пациента как полноценной личности, имеющей свои особенности и свои интересы, права и обязанности, способной являться полноценным членом общества. многими исследованиями доказано, что именно такой подход способствует наиболее успешному исцелению больных шизофренией. Важными факторами, приводящими к инвалидности, являются безынициативность и бездеятельность пациентов, потакание симптомам болезни, чрезмерная опека больного и его чрезмерная зависимость от родственников и врачей.

Клиническая психотерапия шизофрении предполагает глубокое знание её симптомов и синдромов, особенностей возникновения и механизмов развития этой патологии, её течения и исхода.

Психотерапия шизофрении, направленная на лечение симптомов шизофрении и реже её синдромов, вероятно, должна быть проблемно ориентированной или иначе представлять собой эклектичный вариант психотерапии. Для проведения эклектичной психотерапии шизофрении врачу необходимо владеть навыками психологического консультирования (в широком плане гуманистической терапии, включая её экзистенциальные варианты) психоанализа, и когнитивно-бихевиоральной терапии (терапии, обучающей пациента умению контролировать свои мышление, чувства и поведение).

Психотерапия шизофрении должна учитывать выраженность и особенности продуктивных, негативных и когнитивных симптомов шизофрении – речь идёт о бреде, галлюцинациях, расстройствах настроения, астеновегетативной симптоматики, замкнутости, негативизме больного, его апатии, снижении энергетического потенциала, специфичных нарушениях мышления, памяти и внимания.

Одна из основных задач врача при лечении больных шизофренией – это не только снять симптомы заболевания, но и вернуть человека в социальную среду, а поскольку шизофрения протекает хронически, то главный упор в лечении делается на обучение жизни в новых условиях, на существование с болезнью. Эта часть лечения называется психосоциальная реабилитация – восстановление или формирование утраченных в результате болезни эмоциональных, мотивационных ресурсов личности, обучение взаимодействию, восстановление способ-

ности решать проблемы, интеграция в общество. Целью этого лечения является достижение социальной компетентности и автономии пациента.

Сложно определить на каком этапе лекарственного лечения шизофрении будет адекватным тот или иной метод и форма (индивидуальная, семейная или групповая) психотерапии шизофрении.

На сегодняшний день известно, что групповая психотерапия шизофрении для некоторых лиц, страдающих этим заболеванием, в ряде случаев оказывается невозможной, в силу сопротивления, как самого больного, так и других участников группы, страдающих иными психическими расстройствами. По литературным данным, групповая психотерапия шизофрении желательна для пациента, требует участия одного или даже двух ко-терапевтов. Даже если пациент просто присутствует, молча, на сеансе групповой психотерапии – это уже неплохо и представляет собой существенный шаг на пути к выздоровлению больного.

При применении психотерапии при лечении бреда следует обладать виртуозность, так как лечение психотерапией шизофрении недоступно дилетантам. Важно выдержать нейтральную позицию, не спорить и не соглашаться с бредовыми высказываниями больного, выдержать его настойчивое возвращение к обсуждению содержания бреда и раздражительность при попытке увести его в сторону. Можно попытаться опровергнуть бред фактами реальной действительности, но в лучшем случае больной просто проигнорирует это, в худшем – озлобится или будет настойчиво искать другие подтверждения бреда. Психотерапия бреда – это, в первую очередь, обсуждения других симптомов шизофрении, это психотерапия симптомов шизофрении, не связанных с бредом, например симптомов когнитивных нарушений: мышления, памяти, внимания. Здесь важно сострадать больному человеку, ведь чаще всего ему невыносимо трудно, его не понимают другие люди и считают его сумасшедшим.

Психотерапия галлюцинаций требует настойчивости в совместной работе с больным шизофренией. Здесь могут быть полезны такие методы психотерапевтической работы, как терапия творческим самовыражением, анализ записей в дневниках больного, обучение его различным способам отвлечения от болезни.

Психотерапия шизофрении не может быть эффективной, если отсутствует всесторонняя оценка особенностей личности человека, страдающего этим психическим расстройством. Вследствие вышеизложенного становится понятной необходимость

знания клинической психологии в процессе психотерапии шизофрении. Здесь уместно напомнить, что клиническая психология, обычно включает в себя психологическую диагностику личности больного, его патопсихологическое обследование и обязательно нейропсихологическое исследование, дающее косвенное представление о работе корковых структур мозга.

Психотерапия шизофрении подразумевает хорошее знание психологии, теологии и философии, потому что, больной шизофренией недоверчив, подозрителен, насторожен, не верит словам и сомневается даже в очевидных фактах. Он не критичен ни к себе, ни в своей оценке окружающих его людей, склонен к мистике и эзотерическим знаниям, нередко и неразборчиво религиозен, проявляет повышенный интерес к философии.

Следует сказать, что психотерапия шизофрении представляется важнейшей частью процесса лечения шизофрении, органично вплетающейся в биологическую терапию шизофрении и социальную помощь человеку, страдающему этим психическим расстройством.

Психотерапевтическая методика – это как бы язык, на котором врач разговаривает с пациентом. Системы таких языков складываются в определенные программы. Такие программы обычно разделяются не по применяемым в них психотерапевтическим методам, а по задачам, которые они ставят перед пациентами.

Согласно распространённой точке зрения, терапевт помогает человеку изменить взгляд на мир, на жизненную ситуацию, на жизнь в целом. И когда человек изменит свой взгляд, при необходимости он изменит реальность, если это ему не удаётся – он изменит отношения к этой реальности, а значит, научится по-новому воспринимать её и жить в этом мире.

Таким образом, при своевременном обращении к врачу, полноценном обследовании, адекватном медикаментозном лечении и активной психотерапии возможно не только значительное улучшение даже, казалось бы, безнадежного состояния, но и получение стойкой ремиссии, а при некоторых формах шизофрении даже полное излечение. В любом случае - у больных прекращается прогрессирование заболевания, восстанавливается работоспособность, они способны жить полноценной жизнью, создавать семью, хотя и остаётся некоторый риск рецидивов (поскольку шизофрения – чаще всего хроническое заболевание), а также своеобразные черты характера (замкнутость, эмоциональная холодность, чудаковатость).

---

---

## ПОЛИТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА СТРАНЫ

И.С. Бурикова

ст. научный сотрудник лаборатории политического консультирования  
факультета политологии Санкт-Петербургского государственного университета, к. п. н., г. Санкт-Петербург

Данная статья представляет концепцию человеческого капитала и социальной психотерапии, разработанную группой ученых-исследователей и практиков Санкт-Петербургского государственного университета (СПбГУ) под руководством доктора психологических наук, профессора А.И. Юрьева.

В основе статьи лежит понимание человеческого капитала как количества и качества людей, пригодных по своим медицинским показателям, психологическим, интеллектуальным, культурным, профессиональным параметрам для конкурентной борьбы. Человеческий капитал обладает четырьмя базовыми способностями:

- 1) жизнеспособность – способность соответствует природным свойствам и естественному смыслу жизни индивида – сохранению себя и потомства;
- 2) работоспособность является свойством человека как субъекта деятельности, характеризует некую меру жизненной энергии человека.
- 3) способность к инновациям – это способность изменять свое сознание и поведение вслед за изменением внешних условий. Способность к инновациям – характеристика человека как личности, субъекта общественных отношений;
- 4) способность к обучению – свойство человека как индивидуальности, связана с целями жизни, так как именно цель, как осознанный образ предвосхищаемого будущего, определяет нашу жизнь в настоящем.

Теоретические основания психологического исследования человеческого капитала были изложены в сборнике под научной редакцией А.И. Юрьева «Стратегическая психология глобализации: Психология человеческого капитала» (СПб, Логос, 2006). Результаты исследований опубликованы в коллективной монографии следующих авторов: И.С. Бурикова, М.А. Коновалова, М.А. Пушкина, А.И. Юрьев «Опыт психологического измерения человеческого капитала» (СПб, АНО ИЦК «Русский запад», 2009).

Согласно данным исследования, состояние человеческого капитала в регионах России находится в удручающем состоянии и требует восстановления. При этом наиболее слабыми параметрами являются жизнеспособность, способность к обучению и работоспособность населения. Подробнее результаты представлены в статье автора «Формирование человеческого капитала как механизм противодействия социальным эпидемиям. // Вопросы менталь-

ной медицины и экологии. Научно-практический журнал. Том XVII № 2, Москва – Павлодар, 2011 г.».

Оценки социально-экономических характеристик связанных с основными показателями человеческого капитала, ещё сырье. Однако уже сейчас понятно, что формирование человеческого капитала – это задача государственной социальной политики. Показатель человеческого капитала является отражением интегрального состояния государства, его способности влиять на становление таких ключевых факторов жизни (как отдельно взятого человека, так и населения региона/страны в целом), как:

1) смысл жизни – сегодня внешними, навязанными населению смыслами являются гедонизм и безудержное потребление, а внутренние смыслы, способствующие выходу из депопуляции и демографической ямы, – остаются без внимания;

2) жизненная позиция граждан – внешне навязывается протест и критика, стимулируется тотальное недоверие граждан «всем и вся», а созидающая жизненная позиция даёт возможность сотрудничества гражданина с другими людьми, с работодателями и работниками, с другими компаниями, с партнёрами, с политическими и социальными институтами, повышает собственную производительность труда;

3) ценности индивидуальные и общественные – человеку нужны примеры для подражания и ориентиры. Именно их наличие или отсутствие определят успешность индивидуальной адаптации ко всему новому, к другим людям, обществам, народам, к другим технологическим достижениям, инновациям даст представление о добре и зле;

4) индивидуальные цели каждого человека – их наличие приведёт к созданию эффективной системы управления – управления целеустремленным населением, способным ставить перед собой цели и достигать их. На сегодня у большинства наших граждан целей просто нет или есть навязанные извне ложные цели, не создающие систему целенаправленного поведения, когда мотивы и цели складываются в единую линию, и человек понимает, чего он хочет достичь. Наличие ложных целей постоянно ставит в тупик и создаёт ложную проблему выбора, когда на самом деле слабые ростки внутренних целей человека начинают борьбу с мощными навязанными внешними целями.

Сегодня, в век информационных технологий, нельзя не сказать о том, что мы сталкиваемся с постоянным непрекращающимся информационным

влиянием на человека, которое поступает из всех источников массовой информации. Эта информация эмоциональна, количество информации запрещено для понимания, при этом данное сочетание количества и эмоциональности провоцирует обязательный отклик. Если почитать комментарии в сети Интернет огромное количество комментариев начинается со слов «хотел воздержаться, но не могу не сказать...», а сколько людей написало под этим впечатлением? Специалисты утверждают, что информация не читается, мы способны прочитать максимум заголовок и подписи под картинками и фото, остальное – по диагонали, но мы начинаем обсуждать, а значит – ввязываемся в ретрансляцию собственного эмоционального отношения к вопросу. Такая работа с информацией есть не что иное, как хаос.

Если говорить не только об информации, но и о протекании общественных и политических процессов, то мы также видим подтверждения того, что политические процессы в современном мире развиваются порой неопределённо и непредсказуемо. Всё чаще учёные-политологи признают, что мы живём в период управляемого хаоса. Даже специалисты-футурологи говорят о «ходе конём» в создании политических прогнозов, когда понятно направление движения, но всё равно нет гарантии, в какую сторону свернёт политический процесс в последний момент. Именно поэтому публичная политика выглядит как хаос, управление которым лежит в области корректировки и перенаправления естественных самоорганизующихся процессов. Среди теорий управления и систематизации хаоса наибольший интерес вызывает теория фракталов, описывающих практически все элементы жизни.

Распространение суждений о том, что первоочередным во всём становятся «права человека», который должен сам осуществлять свой выбор смыслов, целей и ценностей без подсказок извне, как минимум наивны. Мы знаем, что ежедневно и постоянно являемся объектом какого-либо информационного воздействия. Хаосом информации, обрушающейся на человека в глобальном мире, нужно учиться управлять. Пока человек не владеет способностью самостоятельно выстраивать информационные потоки и ориентироваться в информационном хаосе, ему нужно помогать находить «точки отсчёта». Без государственной поддержки населением начинают управлять интересы частных групп, никого не спрашивающих о правах человека, а просто формирующих население, ослабленное перед лицом социально-политического хаоса и социальных эпидемий, таких как экстремизм, терроризм, наркомания, алкоголизм, азартные игры и т.д.

При использовании фрактального подхода в публичной политике необходимо отталкиваться не только от причин (как это делают классические аналитики). Таких причин может быть бесконечное множе-

ство, тем более что большую часть из них мы не знаем – хаос – это принципиальная неуправляемая сложная система. Важно само протекание (форма) и следствия политических процессов, а для политического управления человеком и обществом – создание и контроль условий для их самоорганизации. Перенаправление и контроль – вот ключевые механизмы фрактального управления в публичной политике.

Поняв фракталы политического общества, и определив их базовые элементы, можно спроектировать необходимую модель человека и общества, способную функционировать в социально-политическом хаосе и неопределенности.

Человек – это самоорганизующаяся система. С увеличением роли информационных технологий система выходит из под контроля, и в принципе ему не поддаётся. Единственная возможность – это «редакция» поведения человека через системы его самоорганизации: самоконтроль, саморегуляция, самовоспитание и самоуправление.

#### *Особенности фрактального управления в политике*

1. Переизбыток информации, огромное количество законов, норм и правил. Их в принципе знать не возможно. Человек отталкивается от своего естественного понимания права, а, скорее всего, от простых моделей – что такое хорошо и что такое плохо. Эти простые модели – фракталы, которые принимают всё более сложную форму на высших уровнях детализации системы. Данные базовые фракталы можно сформулировать через общечеловеческие ценности.

2. Чем больше развивается технология передачи и распространения информации, интернет, возможность без посредничества бизнеса, СМИ и государства людям напрямую договариваться друг с другом, тем в меньшей степени зависимости и заинтересованности от субъекта управления находится население города/страны, каждый отдельно взятый гражданин. Он управляет только своей собственной волей, своим решением. Данное решение основывается на фрактальных моделях целей, которые ставит перед собой человек.

3. Фрактальное управление подразумевает такой стиль руководства, когда человек управляет собой сам с помощью самоконтроля, саморегуляции, самоуправления и самовоспитания. Для этого общественные фракталы должны бытьозвучны личным и групповым, они должны быть смыслообразующими для гражданина. Это задача государства и публичной политики, которую необходимо прописывать и реализовывать через идеологию и национальные идеи государств.

Управлять на основе законов и правил поведения возможно только с таким населением, которое доверяет системе исполнения законов, где есть единое понимание происходящего, где есть психичес-

ки стабильное население, не введённое в невротическое состояние или в измененное состояние сознания. В статье «Социальные эпидемии (аналитический обзор)» доктор медицинских наук, профессор Катков А.Л. приводит количественные оценки необходимого масштаба психотерапевтической помощи населению России: «...в профессиональной психотерапевтической помощи в каждый момент времени нуждаются: от 10% до 12% населения в связи с имеющимися у них субклиническими и пограничными формами психических расстройств; от 15% до 17% населения в связи с гипертрофированными реакциями психологической адаптации и низким уровнем психологического здоровья». Таким образом, практически каждый третий гражданин нуждается в психотерапевтической помощи, а сама такая помощь выходит за рамки индивидуальной – для решения государственных задач психотерапия должна расширить свои рамки до всего общества, социума. В помощи психолога-консультанта нуждаются ещё большее количество граждан. А, следовательно, необходим новый институт психотерапевтический и психологической помощи гражданам, чьей целью станет работа с населением региона или страны в целом – институт социальной психотерапии со своими уникальными методами работы с большими массами людей, необходимо новое направление психотерапии, способное готовить таких специалистов.

Если проиграны опосредованные формы политики (термин проф. А.И. Юрьева) или их нет, а любые дискуссии сводятся к трансляции тотального недоверия и негативного эмоционального фона, то договариваться и решать сложные вопросы совместной жизни практически невозможно. Социальная психотерапия должна ставить перед собой основную задачу – вернуть жителям страны возможность объективно воспринимать и оценивать окружающую реальность.

Так, при спасении в дайвинге, есть 4 жёстких правила, невыполнение которых влечет гибель: 1) остановиться и перестать совершать любые действия. Все они (действия), если Вы в неадекватном состоянии, в тревоге и страхе, приведут к худшему результату и помешают спасению; 2) восстановить дыхание – нормализовать работу, как самого организма, так и головного мозга, который в состоянии паники и гипервентиляции, вводящей субъекта в измененное состояние сознания, не способен объективно оценивать происходящее; 3) только третьим фактором идёт оценка ситуации и принятие решения; 4) действие.

По экспертным оценкам и результатам объективных измерений, подавляющее большинство граждан России находится в измененном состоянии сознания, не способствующем объективной оценке происходящих событий, а соответственно, неспособных к осознанному принятию решений и созда-

нию собственного плана счастливой и продуктивной жизни. Можно говорить о том, что количество таких людей превысило все допустимые статистические показатели и перешло в изменение качества всего населения в целом.

Именно поэтому использование методов социальной психотерапии становится политической задачей. Иначе стране грозит неконтролируемая психическая реакция со стороны населения, которую невозможно снять убеждениями и иными информационно-эмоциональными воздействиями. Население будет нуждаться в действии – как простом и эффективном способе снятия внутреннего эмоционального напряжения.

Так, Ч.Х. Кули в книге «Человеческая природа и социальный порядок» пишет: «По сути дела, стойкое сопротивление многочисленным влияниям, которые ничего не дают нашему личному развитию, а только сбивают с толку и деморализуют – первоочередная необходимость для человека, живущего в наиболее активной сфере современного общества; а утрата такой способности из-за перенапряжения, как показывают бесчисленные примеры, означает начало умственного и морального упадка». Снижение физической и биологической базы человеческого капитала (жизнеспособность и работоспособность) ослабило население страны и дало возможность снижать и социально-психологическую базу, отвечающую за ценности человека и его жизненные цели, за развитие и мораль.

Серьёзным ограничением в работе с человеческим капиталом становится фактор тотального недоверия, как вирус въевшегося в социальное сознание граждан. Все политические, экономические и иные общественные события воспринимаются, прежде всего, через призму общего недоверия. Специалисты пока не могут ответить на вопрос, как вернуть утраченное доверие и не столько к конкретным персонам, но даже просто к информации как таковой.

Стоит напомнить, что фактор базового доверия – не доверия к миру Эриком Эриксоном относится к самому первого возрастному кризису, без решения которого невозможно дальнейшее развитие здоровой личности. Для социального взаимодействия необходимо, чтобы у человека сформировалось чувство доверия к этому миру, окружающим людям, чувство первичной уверенности в себе и т.д. В противном случае – формируется тревога, страх и подозрительность к окружающим, а так же к поступающей извне информации, да и к самому себе.

Подобная ситуация усугубляется, как ни странно, особенностями рынка труда и социальными правилами, по которым мы живём. Оказывается, что они ни на чём не основаны кроме доверия, и их легко разрушить как карточный домик (что сейчас и происходит во многих направлениях). Основная стратегия глобального рынка труда – это воспроизведение самого рынка труда, так как 85% населения

задействовано в сфере услуг и ничего не производят. Труд ради труда – неэффективная стратегия, но и лучшего варианта пока не предложено. Здесь ничего не производят кроме «виртуальных» неосязаемых вещей, основанных на качестве, репутации и т.д., а это не что иное, как доверие и способность принимать вещь такой, какова она есть, без рецензии, иронии и скепсиса, без защитных реакций, обесценивающих труд другого. Разрушить веру в качество продукта труда, в качество произведения другого человека возможно всегда.

Любая работа, любой результат может быть разбит при желании только одним авторитетом говорящего. Можно раскритиковать любой диплом и диссертацию, не допустив её к защите, можно разорвать любой контракт, найдя нарушенные позиции со стороны Исполнителя. Как говорят в университетах: «Дайте мне любую диссертацию, и я найду основания не допустить её до защиты». Но наша культура заставляет нас верить, доверять, чтобы идти дальше и иметь шанс на развитие.

Только доверие к тому, что стоит за конкретным результатом, за конкретными именами, позволяет взять, прочитать, получить впечатление и пользу. Профессор А.И. Юрьев говорит о доверии как о социальном капитале: «Одно из определений социального капитала – доверие людей друг к другу». А смысл «социального капитала» – получение экономической отдачи от высокого качества социальных отношений, которое достигается в обществах, объединённых национальной идеей, ориентированных на расширение возможностей развития, смягчение социальной несправедливости и интеграцию уязвимых и маргинальных слоев в общественную жизнь».

Таким образом, доверие становится катализатором экономического развития. Если нет доверия, то взаимодействие между субъектами существенно усложняется. Как можно вести дела с человеком, которому не доверяешь? Проверять его все время? Перепроверять его работу? Легче сделать все самому как рекомендуется в известной поговорке: «Хочешь сделать хорошо, сделай сам». Но времени на все не хватит. И тут выбор – доверять, либо делать самому. При отсутствии доверия – передача полномочий и части ответственности другому человеку сопровождается ростом тревоги со стороны «доверяющего».

Необходимо верить себе, чтобы принимать решения; необходимо верить своим близким и родным, необходимо верить пилотам и шоферам, которые нас везут, необходимо верить своим заказчикам и работодателям, что они нас не обманут, необходимо верить своим работникам и сотрудникам, что они добросовестно выполнят свою работу и т.д. и т.п. Как только исчезает доверие – продолжать совместную работу невозможно. Сохраняется общее недоверие, как к процессу, так и к результату. Все внимание, воля, память, эмоции обращены не к ре-

зультату деятельности, а к процессу деятельности другого человека, который вызывает у нас чувство недоверия, растёт страх и тревога. Результат: качество снижается, трудозатраты и время растут с геометрической прогрессией.

В политической психологии профессором А.И. Юрьевым разработана концепция радиусов доверия:

*«R1 – доверие к самому себе, к своим способностям противостоять страху, искушениям, испытаниям, R2 – чуть больший радиус доверия к своим родным и близким, их любви, верности в радости и в горе, R3 – в больший радиус доверия входят друзья, товарищи, соратники. Эти три коротких радиуса образуют «социальную сеть выживания» в трудный час, в отсутствие доверия большего радиуса. Здесь берут в долг, доверяют своих близких, свои ценности, находят убежище и защиту. Именно эту сеть сохранило и развивает современное российское общество из-за недоверия к социальным сетям большего радиуса доверия.*

*По нарастающей идёт радиус R4 – доверие к трудовому коллективу и к своим товарищам по работе, радиус R5 – доверие к общественным организациям, радиус R6 – доверие к работодателям, своим руководителям, начальникам. Эти радиусы доверия формируют «связующие сети социального капитала», которые позволяют человеку ориентироваться в общественном пространстве, получать от него поддержку, обретать самоуважение и уверенность в себе и в других.*

*Радиусы доверия высшего класса: R7 – доверие к банкам, олигархам, системе торговли, транспорта и т.п., R8 – радиус доверия к политической системе, политическим партиям, общественным и политическим лидерам, R9 – радиус доверия к государству, его институтам и национальным лидерам. Эти радиусы доверия формируют так называемый «социальный капитал нации».*

Не имея возможности выйти за круг «социальной сети выживания» мы сами и наши сотрудники, и наши партнёры и заказчики тормозим развитие всей системы. Автором было проведено небольшое исследование – в сети Интернет был задан вопрос: «Кому, кроме своих родных и близких, Вы доверяете/верите»? В ответ получен перечень вариантов, который можно обозначить в одно слово: «Никому».

Для восстановления доверия приходит на помощь уникальное свойство сложных живых систем, имеющих заданную точку отсчёта развития и некоторые правила происходящих в нём изменений (фрактальную систему, о которой указывалось выше). Как любая живая система, общество, государство, и, в частности, его «социальный капитал» – доверие обладает свойствами самовосстановления по фрактальному принципу. К сожалению, радиус доверия «схлопнулся» до таких узких параметров,

---

---

что иногда человек и себе-то не склонен доверять. Однако способы восстановить доверие есть. Ключ к доверию – в умении понимать свои цели и действовать, определить свои ценности и видеть образцы для подражания, найти свой смысл жить именно в этой стране, верить в свои силы, которые оцениваются как близким окружением, так и коллегами, партнерами, государством, в конце концов.

Только доверяя друг другу, формируется социальная связь между людьми, мы становимся единым целым, не просто разрозненным количеством жителей, а человеческим капиталом, населением своей страны, которые могут друг с другом жить, работать, разделять общую судьбу, смыслы, цели и ценности.

Безусловно, прав Э. Дюркгейм, говоря, что психология недостаточно компетентна для определе-

ния целей воспитания, но она, несомненно, играет полезную роль в формировании его методов. Для формирования и восстановления человеческого капитала страны необходимы чёткие ориентиры и цели, чье формирование полностью лежит в области политики – это задача управления населением своей страны, описание модели Человека (с большой буквы), образца для подражания, каким мы хотим видеть своих граждан. Но методы восстановления человеческого капитала могут сформулировать компетентные психологи и психотерапевты, имеющие опыт работы с большими группами, а также с населением регионов и страны в целом. Один из таких методов – это социальная психотерапия как метод позволяющий вести массовую работу с населением, современными средствами массовой коммуникации.

УДК 615.832.9; 615.851; 616-036.22

## МЕТАМОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ДЕСТРУКТИВНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ЭПИДЕМИЯМ

А.Л. Катков

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

В рамках реализации комплексного исследовательского проекта по разработке проблемы деструктивных социальных эпидемий (данный проект был представлен в четырёх тематических научно-технических программах (НТП), реализованных Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар) в период 2002-2012 гг.) нами была разработана метамодель социальной психотерапии с функциями основного инструмента эффективного противодействия процессу распространения химической и деструктивной психологической зависимости.

В частности, были разработаны следующие функциональные характеристики метамодели социальной психотерапии.

*Определение* – под метамоделью социальной психотерапии (СП) понимается специально организованная масштабная практика использования экологически выверенных подходов и технологий – психотерапевтических, консультационных тренинговых, воспитательных образовательных – в отношении населения с высокими рисками и признаками вовлечения в социальные эпидемии.

Основные целевые группы, охватываемые сферой активности социальной психотерапии, – это

лица со сложностями адаптации в агрессивной среде и признаками синдрома деморализации (до 12% населения); признаками вовлечения в химическую зависимость (до 7% населения); признаками вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (до 2% населения), а также их родные и близкие.

Основной предмет функциональной активности метамодели социальной психотерапии – это свойства и уровни индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды, определяемые и формируемые за счёт специально разработанных подходов и технологий.

Приоритетные цели социальной психотерапии – эффективное управление рисками вовлечения населения в эпидемии химической и деструктивной психологической зависимости; устойчивое снижение распространённости среди населения всех типов социальных эпидемий; достижение приемлемых уровней саногенной самоорганизующей активности, показателей качества жизни и социальной стабильности в обществе.

Для того чтобы в метамодели социальной психотерапии полноценно использовался весь функциональный потенциал разработанных инновационных технологий: 1) собственно-терапевтический (по-

могающий); 2) развивающий; 3) саногенный; 4) социально-стабилизирующий, должны быть эффективно решены следующие задачи:

- разработка и масштабное внедрение обновленной системы профессиональных стандартов социальной психотерапии;
- внедрение организационного стандарта СП, предусматривающего эффективное взаимодействие трёх кластеров: психолого-психотерапевтического, аддиктологического, саногенного;
- чёткая идентификация общей целевой группы и основных фокусных групп социальной психотерапии по профилю функциональной активности каждого из обозначенных кластеров (за счёт использования специальных скрининговых, диагностических технологий);
- реализация универсального профилактического компонента социальной психотерапии (за счёт использования инновационных технологий первичной профилактики вовлечения в социальные эпидемии);
- реализация лечебно-реабилитационного компонента социальной психотерапии в каждом из дифференцированных технологических кластеров (за счёт использования инновационных технологий психолого-психотерапевтической помощи, специальных реабилитационных технологий);
- проведение постоянного многоуровневого мониторинга эффективности социальной психотерапии в целом и по отдельным компонентам действующей метамодели в частности.

Структурные характеристики метамодели социальной психотерапии, в свете всего изложенного, следующие.

Основное требование к организационной структуре (организационному стандарту) метамодели социальной психотерапии – обеспечение возможности полноценного охвата населения наиболее востребуемыми видами помощи, эффективно противодействующими процессу распространения социальных эпидемий.

Данное требование выполняется за счёт реализации кластерной модели, ориентированной на потребности основных целевых групп:

- 1) психолого-психотерапевтического кластера социальной психотерапии, ориентированного на потребности в первичной и специализированной помощи наиболее многочисленной группы населения с нарушениями адаптации;
- 2) аддиктологического кластера социальной психотерапии, ориентированного на потребности группы населения с высокими рисками и признаками вовлечения в эпидемии химической и деструктивной психологической зависимости;
- 3) саногенного кластера социальной психотерапии, ориентированного на потребности группы населения, мотивированной на повышение уровня психологического здоровья, качества жизни, дея-

тельной эффективности, реализацию программы активного долголетия.

В данной схеме психолого-психотерапевтический кластер социальной психотерапии представляет собой двухкомпонентную структуру, последовательно реализующую основные дифференцируемые этапы профессиональной психолого-психотерапевтической помощи: *этап первичной психолого-психотерапевтической помощи* (на данном этапе реализуются технологии: полимодальной экспресс-психотерапии, опосредованной экспресс-психотерапии с использованием телес- и радиокоммуникаций, дистанционной экспресс-психотерапии с использованием телефонов доверия, интернет-пространства); *этап специализированной психолого-психотерапевтической помощи* (данная помощь оказывается в поликлиниках общесоматической сети, специализированных учреждениях здравоохранения, санаторно-курортных и других учреждениях; при этом используются стандартные технологии основных психотерапевтических модальностей и консультирования). Основным в приведённой схеме по возможностям охвата и целевой профилактической нагрузке, безусловно, является этап первичной психотерапевтической помощи.

Аддиктологический кластер представлен модифицированной системой наркологической помощи с включением в сферу компетенции данного сектора вопросов, связанных с оказанием профильной высококачественной помощи лицам с деструктивной психологической зависимостью (игроманией, интернет-зависимостью, вовлечением в экстремистские организации, деструктивные секты). Модификация названного сектора должна заключаться ещё и в соответствии профильной помощи современным требованиям – безопасности, доступности, широкого ассортимента, достаточного объема и высокого качества предоставляемых услуг. Система аддиктологической помощи с учётом целей и задач метамодели социальной психотерапии должна быть представлена следующими этапами:

- этап профилактической аддиктологической помощи – на данном этапе осуществляется диагностика и дифференциация целевых групп населения по профилю рисков вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость, коррекция высоких рисков с использованием специальных инновационных технологий социальной психотерапии;
- этап первичной аддиктологической помощи – на данном этапе диагностируется и осуществляется, по возможности, наиболее полный охват целевой группы населения с признаками химической, деструктивной психологической зависимости инновационными технологиями первичной аддиктологической помощи социальной психотерапии;

- этап амбулаторной либо стационарной реабилитации лиц с химической, деструктивной психологической зависимостью – на данном этапе осуществляется прохождение 2-4 компонентов инновационной программы медико-социальной реабилитации, основанной на идеологии универсального цикла формирования высоких уровней психологического здоровья – устойчивости, двухуровневой развивающей коммуникации;
- этап противорецидивной и поддерживающей терапии – на данном этапе реализуется 5-й компонент инновационной программы реабилитации зависимых лиц, отслеживается долговременная динамика основных индикаторов эффективности.

Саногенный кластер представлен сектором учреждений, ориентированных на формирование высоких уровней самоорганизующей саногенной активности среди населения (Центры здоровья, здорового образа жизни, соответствующие консультативные и тренинговые центры, группа инициативных профессионалов – психотерапевтов, психологов, других специалистов медицинского и гуманитарного профиля, взаимодействующих с данными учреждениями). Основной инновационной технологией социальной психотерапии здесь является стратегическая полимодальная психотерапия и специально разработанные тематические тренинги, реализуемые в гиперпластическом пространстве двухуровневой развивающей коммуникации.

Технологические характеристики метамодели социальной психотерапии, с учётом вышеизложенного, следующие.

Теоретической основой технологий, используемых в метамодели социальной психотерапии, является функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

Стержневые системообразующие принципы – универсальный алгоритм формирования высоких уровней психологического здоровья-устойчивости, система универсальных мишеней, модель двухуровневой развивающей коммуникации.

Содержание основных технологических блоков следующее:

- а) блок скрининговых технологий, позволяющих идентифицировать истинные уровни психологического здоровья – устойчивости населения, распространённость высоких рисков и фактов вовлечения в основные типы социальных эпидемий;
- б) блок диагностических технологий, определяющих уровни индивидуальной устойчивости к агрессивному влиянию среды;

в) блок профилактически ориентированных развивающих технологий – психотерапевтических, консультативных, тренинговых, воспитательных, образовательных, используемых с целью эволюционного и форсированного развития высоких уровней психологического здоровья - устойчивости, самоорганизующей активности, достижения высоких показателей качества жизни;

г) блок лечебно-реабилитационных технологий – консультативных, психотерапевтических, тренинговых, собственно реабилитационных, используемых с целью форсированного развития приемлемых уровней устойчивости к повторному вовлечению в химическую и деструктивную психологическую зависимость;

д) блок специальных образовательных технологий, используемых при подготовке профессионалов, действующих в метамодели СП – психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, консультантов по зависимостям, школьных психологов, социальных педагогов;

е) блок специальных организационных технологий, включая управление качеством профильных видов помощи – психолого-психотерапевтической, аддиктологической, саногенной, используемых при формировании метамодели социальной психотерапии;

ж) блок технологий мониторинга эффективности каждого компонента социальной психотерапии и метамодели социальной психотерапии в целом.

Функциональная значимость каждого из вышеобозначенных блоков такова, что без соответствующего технологического «вклада» метамодель социальной психотерапии нельзя считать дееспособной и состоятельной.

Тем не менее, следует подчеркнуть особую роль специальных организационных технологий в деле становления и устойчивого развития метамодели социальной психотерапии, эффективно преодолевающей системные дефициты институционального уровня дисциплинарной матрицы.

В заключение следует отметить, что практическая реализация метамодели социальной психотерапии возможна лишь в условиях кардинального реформирования системы аддиктологической помощи в Республике Казахстан (РК), что, в частности, предусматривает разработку и утверждение соответствующих нормативных актов (законов Республики Казахстан) либо ведомственных приказов Министерства здравоохранения РК), утверждающих новый порядок оказания помощи населению с высокими рисками и признаками вовлечения в деструктивные социальные эпидемии.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ И КОНТЕКСТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ, ОСНОВАННЫХ НА ИДЕЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА**

А.Л. Катков

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

Первоначальная идея использования терапевтического сообщества для лечения и реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами принадлежит английскому психиатру Максвеллу Джоунсу (1943). Далее идеи терапевтического сообщества (ТС) применительно к проблематике наркологических расстройств развивали Д. Кеннард, Т. Майн, Г. Бриджер, Е. Брокард, Г. де Леон и др.

В настоящее время известно несколько сотен разновидностей программ реабилитации зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), проводимых с использованием принципов терапевтического сообщества и реализуемых в наркологических клиниках различных регионов мира.

Обычно в программы терапевтического сообщества принимаются лица с различными типами химической (наркологической, алкогольной) зависимости после прохождения курса детоксикации и снятия острого абstinентного состояния.

Сверхзадача терапевтического сообщества – полное изменение стиля жизни, то есть не только воздержание от наркотиков, но и устранение антисоциального поведения, развитие полезных навыков и умений, развитие новых ценностных ориентаций.

Традиционное терапевтическое сообщество требует изолированного стационарного совместного пребывания, по крайней мере, на протяжении 12-15 месяцев от фазы «входа» в программу до фазы «выпуска» из программы и «повторного вхождения» (reentry) в общество. Некоторые терапевтические сообщества используют более короткий период пребывания – 6-12 месяцев. В последнее время интенсивно развиваются амбулаторные реабилитационные программы, основанные на принципах терапевтического сообщества.

Персонал реабилитационных программ составляют медики, специалисты по педагогике, психическому здоровью, инструкторы по труду, а также администраторы. Численность вспомогательного персонала и его состав зависят от типа сообщества. Первичный персонал терапевтического сообщества – это, как правило, парaproфессионалы: бывшие наркоманы, которые успешно реабилитированы в терапевтическом сообществе.

Основной «терапевт и учитель» в терапевтическом сообществе – само сообщество, которое состоит из людей, равных друг другу, а персонал выполняет функцию проводника в процессе реабилита-

ции. Персонал наблюдает за группами пациентов, распределяет рабочие функции и помогает их выполнению. Персонал также ведёт терапевтические группы, индивидуальные консультации, организует социальные программы и отдых, осуществляет внешние контакты. Персонал, как правило, участвует в определении статуса пациентов, продвижении их вверх в иерархии, выписке, получении отпусков, принимает участие в планировании терапии при возникновении такой необходимости.

Для понимания сути функционирования терапевтического сообщества важнейшее значение имеет кодекс норм, которым руководствуются все члены терапевтического сообщества. Нормы определяют поведение всех членов терапевтического сообщества, как профессионалов, так и наркоманов – в одинаковой степени. Причём эти нормы должен быть способен описать каждый член терапевтического сообщества. Выполнение норм обеспечивается с помощью социального контроля. Социальные санкции должны быть наглядными. Это процедуры изменения статуса, ритуалы воздаяния почестей и бесчестия, различного рода неформальные, хорошо функционирующие каналы для выражения личностного одобрения и неодобрения. Это поддерживает включённость членов в программу. Все члены терапевтического сообщества должны быть проводниками системы: соответствовать её нормам и выносить санкции за несоблюдение норм другими. Осуществление санкций оказывает такое же влияние (или даже ещё большее) на человека, который эти санкции осуществляет. Должна существовать возможность испытать чувство удовлетворения для тех, кто соблюдает нормы. Все члены терапевтического сообщества должны эффективно наблюдать за выполнением другими членами нормативных стандартов сообщества. От каждого члена ожидают выполнения неформальных негативных санкций. О значительных нарушениях он должен ставить в известность сообщество для применения формальных санкций.

Существует градация уровней значимости иерархии, включающая всех членов терапевтического сообщества. При этом изолированное взаимодействие новичков между собой сводится к минимуму и усиливается взаимодействие новичков с ветеранами терапевтического сообщества. Статус в иерархии определяется универсальными критериями. Любой член организации имеет возможность подъема по

---

---

мере улучшения его соответствия нормам и ценности организации. Перемещение в пределах иерархии должно проходить через последовательность определенных стадий.

Переход от одной стадии к другой сопровождается ритуалами сообщества.

Между всеми членами терапевтического сообщества должна быть по возможности высокая степень взаимодействия (исключая взаимодействие между новичками). Это увеличивает сплоченность и позволяет развиваться межличностным навыкам. При этом взаимодействие должно охватывать широкий диапазон видов деятельности (формальные и неформальные групповые дискуссии, совместная работа, развлечения и т.д.). Поощряется широкий диапазон эмоциональной экспрессии, чтобы полностью сформировать потенциал и навыки взаимопонимания и обеспечивать непрерывное осознание проблем и напряжения в этой программе.

Членство в терапевтическом сообществе включает изоляцию от более крупного социального контекста (включающего и наркоманическую «систему»), по крайней мере, на ранних стадиях членства. Этой изоляцией включается механизм «задействования», что мешает развиваться прежде существовавшим конфликтам и интенсифицирует социализацию. Изоляция должна быть длительной, чтобы способствовать формированию сильной внутренней социальной инфраструктуры. Присутствие старых членов даёт возможность взаимодействовать с ними новичкам и видеть успех больных наркоманией, прошедших через терапевтическое сообщество.

Определяющей является структурированность жизни в программе. Среда реабилитации должна быть предсказуема, и работать в пределах чётких сроков и границ. Большинство программ запланировано в расчёте на некоторую структуру и ежедневный ритм, структурирующий день, неделю, месяц и год – в зависимости продолжительности. Всё время должно использоваться для достижения главных целей и задач реабилитации – 24 часа в сутки. Всё, что происходит в программе лечения, должно быть увязано и согласовано с главной целью реабилитации.

Структура состоит из шагов, достижение которых легко определяемо, и указывает на то, что достигается некоторый прогресс на пути к поставленным целям. Структура может быть почти механическая, разделяющая программу на формальные этапы или стадии, а передвижение от этапа к этапу определяется лишь прошедшим временем.

Чёткий и предсказуемый график ежедневных действий важен, он создаёт определённость и целостность. Пациент начинает хорошо ориентироваться в ежедневной структуре, в пределах которой он может оценивать свою успешность и эффективность, способность вести не наркоманическую, не хаотическую, а нормальную жизнь. Самое главное, чтобы пациенты чётко знали, чем заняться и где это сделать.

---

---

Элементы реабилитации должны служить целям программы. Каждый из них по-своему укрепляет просоциальную ориентацию пациентов и готовит их к независимому проживанию в большем сообществе.

**Структура дня** может включать следующие элементы:

- утренняя и вечерняя встречи всего сообщества;
- терапевтические группы;
- еженедельная встреча команды, посвящённая оценке прогресса пациентов;
- еженедельные «группы работы с эмоциями»;
- группы ориентации (с начала недели);
- встречи ответственных (ответственные за отдельные виды деятельности собирают подопечных и дают рекомендации по индивидуальной работе);
- индивидуальные консультации;
- образовательные занятия (адекватно возрасту, не исключает сотрудничество с местными школами и т.д.);
- специальные тематические группы;
- планирование отпусков;
- семейные группы;
- работа по формированию сети (встречи с друзьями, обучение социальным навыкам);
- профессиональная подготовка (сотрудничество с соответствующими агентствами и предприятиями);
- экскурсии (в группах) как часть социального и физического обучения.

**Структурирование недели.** Предусматривается распределение отдельных видов деятельности по всей протяженности недели. Предусматриваются дни, акцентированные на образовательной деятельности, и дни, акцентированные на трудовой деятельности. Один день посвящается целиком уборке и другим видам работы на само терапевтического сообщества. Программа выходных дней отличается от программы будней.

**Структурирование программы.** Выделяется несколько стадий функционирования пациента в терапевтическом сообществе.

***Стадия I. Индукционная («вход» в программу)***

Основные задачи здесь – это диагностика, оценка нужд пациента, его проблем, ориентация его в сообществе. На этом этапе все пациенты испытывают стресс. Наиболее эффективный способ его преодоления – активное и полное участие во всей деятельности терапевтического сообщества. Быстрая ассимиляция особенно важна в тех случаях, когда у пациента существует амбивалентность в отношении дальнейшего пребывания в «добровольном заключении». Основное внимание уделяется обу-

чению вживания в роль члена терапевтического сообщества. В ряде программ пациент имеет возможность освоиться и какое-то время наблюдать за жизнью реабилитационной структуры, не участвуя в ней активно. Как правило, его постоянно сопровождает один из опытных участников программы. В это время в терапевтическом сообществе пациент как бы гость – обе стороны присматриваются друг к другу.

В момент приёма сам пациент и его родственники (опекуны) подписывают контракт. Главное, что предстоит выяснить, – есть ли настоящее решение лечиться. В контракте пациент получает ответ на следующие вопросы: Что я буду делать в области терапии? Это могут быть контакты с другими, или работа с агрессией, или активность на группе, или откровенное исследование самого себя. Что буду делать по развитию своей личности? Например, учиться игре на гитаре, иностранным языкам, осуществлять физический тренинг. Что буду делать, работая на пользу центра? Это задачи по подготовке праздника или встречи с интересными людьми. Или задание сделать мебель для центра, провести ремонт и т.д.

Это контракт на весь первый этап. Поначалу в нем пациентам даются выполнимые (дробные) задачи в терапевтическом сообществе: забочусь о пылесосе, о цветах, об инструментах в столярной мастерской. Постепенно их сложность увеличивается, как увеличивается и ответственность (тренинг ответственности). Например, назначается ответственность за дисциплину в группе во время уроков.

Контракт включает возможное тестирование мочи на определение наркотиков.

Установлено, что в течение первых трёх месяцев стационарной реабилитации в терапевтическом сообществе до 50% новичков выбывают. Намерение оставить реабилитационную программу – важный предсказатель. Те, кто на начальном этапе высказывают такое намерение, в большинстве случаев и выбывают, если с ними специально не работать в этом отношении. Если подобные намерения высказываются после начальных трёх месяцев, уход происходит только в 20% случаев. То есть, чем раньше высказано такое намерение, тем больше вероятность, что оно будет реализовано. Психотерапевтическая работа с теми, кто заявляет о намерении уйти, даёт эффект примерно в 50% случаев. Существенное значение имеют не только патологические расстройства, но и способность принять терапевтические условия, что в целом может рассматриваться как «доступность терапии».

### ***Стадия II. Основной этап реабилитации***

На этом этапе главные задачи – это социализация в терапевтическом сообществе и начало личностного роста.

Выделяют 2 фазы на пути к стабильному состоянию.

*Первая фаза* – период нестабильного состояния пациента.

*Вторая фаза* приводит к «плато» – стабильному состоянию поведения. Пациент уже имеет конкретный статус в сообществе, в его психологическом состоянии зафиксированы определенные сдвиги, содействующие процессу выздоровления. После её достижения можно переходить к дальнейшим изменениям, включая деятельность вне терапевтического сообщества.

Переход на второй этап – процедура, напоминающая род праздника. Это всегда значимый момент, сопровождающийся переживаниями пациентов. Это делается на больших собраниях, где присутствуют все терапевты. Переходящий на другой этап пациент в центре внимания, все – терапевты и пациенты высказываются о нём, подчёркивают его сильные и слабые стороны, высказывают пожелания. Терапевты дают согласие на переход на второй этап, когда они уверены, что принято решение об отказе от наркотиков. Должно быть также заметно, что он переходит от «тёмных» болезненных ценностей к «ясным» нормативным, поддерживаемым терапевтическим сообществом.

Далее с пациентом заключается контракт на второй этап. В него уже включаются терапия с семьёй и задачи, направленные вовне, – готовиться вернуться в школу, думать про работу, готовиться к возвращению в общество. Важно стимулировать самостоятельность. На этой фазе у пациента уже есть право выхода на несколько часов в город. По возвращении из отпуска пациент может подвергнуться тестированию на наркотики. Невыполнение контракта может привести к переводу на предыдущий этап – тогда он лишается привилегий, которые имеются во второй фазе. Например, он снова вынужден одеваться в простую рабочую одежду, не может на своё усмотрение заваривать чай, слушать музыку, когда захочет, ходить на прогулки и т.д.

Параллельно с групповой терапией ведётся тренинг социальных ролей – это роли в ключевых видах деятельности терапевтического сообщества. Например, это может быть ведение тех же терапевтических групп (председатель группы). Пациент также может вести общую группу (собрания сообщества) утром и вечером. Пациент, как правило, становится также руководителем отдельного вида деятельности, который практикуется в сообществе. Став ответственным руководителем, планирует, определяет и контролирует работу. Есть очень серьёзные роли, например, роль заведующего домом, который следит за жизнью и бытом в целом, обеспечивает контроль порядка в доме. Или, например, роль кассира, у которого находятся деньги членов терапевтического сообщества и который еженедельно может выдавать определённую сумму (на приобретение сигарет и т.д.). Каждый должен пройти одну или две таких ролей на протяжении не менее чем 2 месяцев.

Роли не подбираются так, чтобы максимально соответствовать характерологическим и личностным особенностям пациента. Напротив, роли подбираются так, чтобы человек учился тому, чего он не умеет. Некоторые пациенты быстро растут в процессе выполнения ролевых обязанностей, становятся очень умелыми и продуктивными. При успешном выполнении ролей повышается самооценка, стимулируется раскрытие нормативных частей личности. Если не очень, получается, справляться с возложенными обязанностями – не беда. Такому пациенту длительно пытаются оказать помощь и давать советы. Важно, чтобы пациенты, выполняя определённые обязанности, учились решать возникающие проблемы. Как правило, многие пациенты быстро справляются, но есть и такие, которые долго задерживаются.

Очень важный компонент – коммуникативный тренинг, особенно навыки совладания с агрессией. Имея неразрешённые глубинные проблемы, пациент часто демонстрирует агрессию. Получался замкнутый круг, потому что насилие с любой стороны разрушает возможность контакта и продуктивного взаимодействия. У большинства молодых пациентов имеются большие проблемы с агрессивным поведением в центре. Продолжая по инерции агрессивно реагировать на происходящее, они препятствуют созданию оздоровительной среды. Многие из них не чувствуют себя в безопасности. Более того, при высоком уровне агрессии в терапевтическом сообществе часть из них просто утрачивает смысл пребывания в центре. Социально пациент нездоров, если нет возможности нормально общаться без насилия.

### *Стадия III. Выход из программы (повторное включение – «reentry»)*

Третий этап – этап возврата домой. Пациент укрепляет навыки автономного принятия решений и самоуправления с меньшей степенью зависимости от штата или от других членов сообщества.

Выделяют 2, иногда 3, фазы – раннюю и позднюю.

На ранней фазе «reentry» идёт подготовка к отделению от сообщества. Пациенты регулярно живут на базе сообщества.

На этап также заключается контракт. Это уже не такой контракт, как на предыдущих стадиях, то есть не такой большой и точно регламентирующий жизнь пациента. В контракте он определяет работу, учёбу, помочь по дому, формы и частоту контакта с центром, работу по развитию личности.

На поздней фазе завершается успешное отделение и начинается регулярное независимое проживание за пределами терапевтического сообщества.

Первый месяц предполагает еженедельное возвращение в центр. Во втором месяце пациент уже может приезжать через 2-3 недели. Фактически он уже выписан из центра, но продолжает сотрудничество.

После успешного третьего этапа подготавливается праздничное завершение лечения. Организуется специальная встреча с участием всего сообщества и родственников. Пациенту вручают диплом, делают многочисленные пожелания, дарят подарки.

Бывшие члены терапевтического сообщества обычно работают неполный рабочий день. Они могут участвовать также в семейной или индивидуальной терапии. Это конец стационарного пребывания в терапевтическом сообществе, но не конец участия в программе. От посещений постепенно переходят к еженедельным звонкам.

Если говорить о годичной реабилитационной программе, то качественно этапы будут различаться следующим образом.

*Первый блок* (первый этап и первая фаза второго этапа) – 6 месяцев с исключительным пребыванием только в центре.

*Второй блок* (вторая фаза второго этапа и первая фаза третьего этапа) – 3 месяца с преимущественным пребыванием в центре и посещением дома (семьи) по уик-эндам с последующим возвращением.

*Третий блок* (вторая фаза третьего этапа) – 3 месяца с проживанием, в основном, дома и проведением уик-эндов в центре с последующим возвращением домой.

Историю болезни в реабилитационном центре пишет врач – психиатр – нарколог. Дневниковые записи на первой фазе – еженедельные, на второй фазе – не реже 1 раза в 2 недели. Параллельно на отдельном листочке историю заполняет вспомогательный персонал (психолог, педагог). Отдельные листки заполняются с родственниками (опекунами) и пациентами.

Целесообразно сохранение последующего контакта с пациентом в форме амбулаторных поддерживающих групп. Занятия в них проводятся по собственной программе не чаще 1 раза в неделю – это больше напоминает клуб пациентов. Кроме того, пациент должен иметь возможность посещать реабилитационный центр, не чаще одного раза в месяц.

### *Амбулаторные и стационарные формы ТС*

Насколько это возможно – важно использовать амбулаторные формы работы с пациентом. Дело не только в том, что амбулаторная помощь существенно дешевле, она не разрушает, возможно, полезные связи пациента с социумом, учит больного входить в реальную жизнь без наркотика.

Стационарные формы реабилитации всегда показаны следующим группам:

- 1) пациенты с двойным диагнозом (коморбидные психические расстройства);
- 2) пациенты, неспособные пребывать в ремиссии даже короткое время;
- 3) пациенты, живущие в тяжёлых бытовых условиях, когда сложно контролировать поведение в отношении наркотических средств (на-

пример, употребление наркотических средств другими членами семьи, лица без определённого места жительства (БОМЖ) и т.д.).

### **Эффективность**

Отмечается более благоприятный прогноз для работающих пациентов – лиц с высшим образованием, менее интенсивно потребляющих опиаты (героин), имеющих меньшие проблемы с нарушением закона. Обычно эффективность реабилитации после нахождения пациента в терапевтическом сообществе на протяжении не менее 1 года оценивается цифрами порядка 50% долгосрочных ремиссий.

Эффективность реабилитации в терапевтических сообществах оценивается и применительно прохождению программы терапевтического сообщества в целом. При этом число пациентов, вошедших в годовую реабилитационную программу, берётся за 100%. Дальнейшая динамика такова.

Первый этап реабилитационной программы: без предварительной мотивационной работы отсев (выпадение из программы из-за её непринятия) может составить до 50% из числа пациентов, вошедших в программу.

Второй этап реабилитационной программы: отсев до 10%.

Третий этап: отсев до 5-7%.

Заканчивают программу около трети пациентов из числа вошедших в программу, при этом более чем у 50% из них определяется устойчивая многолетняя ремиссия.

Вышеназванные характеристики и главные идеологические тезисы терапевтического сообщества, сформулированные Максвеллом Джоунсом, позволяют достаточно отчётливо идентифицировать «необъявленные» компоненты психотерапии, заложенные в идее терапевтического сообщества, активные даже и в том случае, когда в общем контексте используемых практик и видов занятости фигурируют лишь режимные правила, специальные встречи, собрания терапевтического сообщества и трудовая занятость.

Речь идет о компонентах 1) мотивационной; 2) когнитивной; 3) поведенческой; 4) групповой; 5) семейной психотерапии (в том случае, если предусмотрены специальные встречи сообщества с семьями резидентов). Кроме того, следует обратить внимание и на опосредованные стратегии ресурсно-ориентированной психотерапии, в общем поле которых выстраивается идеология и практика терапевтического сообщества, поскольку именно данный аспект представляет специфику и сущностное отличие терапевтического сообщества от психотерапевтического наполнения программы «12 шагов» и других реабилитационных моделей.

**Компонент мотивационной психотерапии** в программах терапевтического сообщества (в слу-

чае отсутствия подготовленных специалистов-психотерапевтов, консультантов) реализуется опосредованно. Главную роль в повышении мотивации «новичков», проходящих первые стадии реабилитационной программы, выполняют старшие резиденты, в обязанности которых, помимо всего прочего, входит опека и поддержка «новичков».

На этапе входления в терапевтическую программу, связанного с усвоением достаточно жёсткого режима, контингент «новичков» наиболее уязвим в отношении обострения борьбы мотивов: оставаться – уйти. Показатель отсева на данном этапе может достигать 50% и более. Основным аргументом в пользу решения «остаться» являются: ресурсный статус старших резидентов, продолжающих и завершающих реабилитационную программу («...они смогли и я тоже смогу..., они чувствуют себя свободными, уверенными, они справились со всеми внешними и внутренними проблемами и стали сильнее, – а именно это мне и нужно... Я хочу такого же результата, и поэтому я остаюсь...»); квалифицированная поддержка персонала, набираемого из бывших резидентов программы, успешно завершивших полный реабилитационный курс и находящихся в состоянии ремиссии не менее 2-х лет. Такого рода подготовленные сотрудники в ходе консультативной помощи и поддержки новичков и младших резидентов в той или иной степени воспроизводят ключевые стратегии МЕТ (аббревиатура англоязычного обозначения мотивационной терапии В. Миллера):

- хорошо видят и чувствуют противоречия между конкурирующими мотивационными позициями личности пациента, могут развивать эти противоречия и со знанием дела обсуждать их с пациентом;
- обнаруживают подлинное понимание, сопреживание, эмпатию в отношении проблем пациента;
- демонстрируют при этом наиболее эффективный стиль поддерживающего поведения, который можно обозначить как «обнадёживающая правда»;
- умеют найти самые веские основания для конструктивных изменений в поведении;
- своим ресурсным статусом, опытом и вербальной поддержкой могут вселить в пациента оптимизм и уверенность в отношении возможности желаемых конструктивных изменений.

### **Компонент когнитивной психотерапии**

При внимательном рассмотрении общей идеологии и содержания реабилитационных программ, оформленных по принципу терапевтического сообщества – Daytop Village, Phoenix House, Getway House, Wolden House и др. – определяются, по крайней мере, две стратегии, которые можно отнести к компоненту когнитивной психотерапии. Первая

стратегия связана с выявлением скрытых сценариев-программ, обслуживающих феномен зависимости и обрекающих резидентов на заведомое поражение – рецидив (в случае, если такого рода сценарий останется доминирующим), а также терапевтической замены данных деструктивных сценариев на конструктивные, представленные в общей философии и девизах соответствующих вариантов терапевтического сообщества. При этом практикуются достаточно простые, но в целом эффективные технологии как выявления «пораженных» правил-сценариев (таких, например, как «герой умеет ждать», «наркоман смеется последним», «сколько веревочки не виться – конец всегда один» и др.), так и проработки конкурирующих девизов, представляющих идеологию конкретной реабилитационной программы. И то, и другое происходит в ходе проведения специальных терапевтических групп и собраний терапевтического сообщества, при деятельном участии подготовленного персонала и старших резидентов. Содержание прорабатываемых девизов (например, таких как: «Мы можем восстать из пламя зависимости, как птица Феникс восстаёт из пепла»; «Ты сам себя поставил в то положение, в котором находишься, но тот, кто хочет, – всегда может подняться»; «Никакой побед не бывает даром – сначала заработай, а потом накорми себя тем, что по вкусу» и др.) прямо противоположно пораженным сценариям-правилам. Но, кроме того, оно ясно указывает на единственное условие их воплощения в реальность – необходимость постоянной внешней и внутренней работы, что, собственно, и является содержанием программ терапевтического сообщества. Такого рода девизы, постоянно и под разными «углами» прорабатываемые на собраниях терапевтического сообщества, в итоге становятся внутренними убеждениями резидентов с хорошими шансами на реализацию в ходе продвижения по этапам терапевтической программы.

Вторая стратегия связана с выявлением скрытой метапозиции, особенно характерной для зависимых лиц и занимаемой по отношению к основным агентам со-бытия. Эти метапозиции – аутиста, оппозиционера, агрессора – свидетельствуют об укоренении зависимого субъекта в общем конфронтационном полюсе, который препятствует формированию ресурсного доступа, столь необходимого для успешного продвижения в программах терапевтического сообщества. В этом случае новичкам и резидентам демонстрируется несостоятельность их защитных штампов и установок и необходимость принятия следующих правил-девизов: «Мы здесь потому, что нет такого убежища, где мы можем спрятаться от самих себя»; «Человек, не открывающий себя глазами и сердцами других людей, погибнет»; «Тот, кто не делится своими секретами, не может уйти от вопросов»; «Тот, кто боится, что его познают, не может познать ни себя, ни других – он останется один»;

«Будь сознательным и причастным» и др. Конструктивные правила-девизы и внутренние установки на сотрудничество, прорабатываемые на специальных встречах терапевтического сообщества, в ряде случаев подкрепляются тренингами коммуникативности, включенными в терапевтическую программу.

### ***Компонент поведенческой терапии***

Данный компонент, вне всякого сомнения, является наиболее представленным, структурированным и последовательно выдерживаемым на протяжении всех этапов реабилитационных программ терапевтического сообщества. Его основными и весьма действенными технологиями являются: жесткий режим, организующий и структурирующий время и виды активности резидентов, отвлекающий от возможностей «движения вспять», подавляющий механизмы как центрального, так и периферического запуска патологического влечения; чётко структурированные способы и правила позитивно-негативного подкрепления поведения резидента, с максимальным стимулированием конструктивных паттернов; возможность получения навыков совладающего поведения в специальных тренингах, адаптивных профессиональных навыков в специальных образовательных программах. Следует иметь в виду, что сама по себе программа терапевтического сообщества построена так, что каждый резидент находится «под увеличительным стеклом» фокуса внимания подготовленного персонала и старших резидентов, когда каждое его действие является предметом обсуждения и оценки со стороны окружающих лиц. В данном случае каждый старший резидент или штатный сотрудник, а также вся терапевтическая группа в целом, являются агентами развития резидента, приводящегося к главной цели – к освобождению от зависимости. В ходе этого процесса деструктивные поведенческие паттерны и установки замещаются на конструктивные, что и является целью терапевтического прессинга, осуществляемого с помощью компонентов поведенческой психотерапии.

### ***Компонент групповой психотерапии***

Можно с уверенностью говорить о том, что терапевтическое сообщество, по своей сути, – это специальная терапевтическая группа, функционирующая в режиме многомесячного марафона и включающая практически все терапевтические факторы, присущие классической групповой психотерапии. Согласно И. Ялом (2009), к последним следует отнести такие факторы, как: 1) вселение надежды; 2) универсальность переживаний; 3) предоставление информации; 4) альтруизм; 5) корректирующая рекапитуляция первичной семейной группы; 6) развитие навыков социализации; 7) имитационное поведение; 8) межличностное обучение; 9) сплоченность группы; 10) катарсис; 11) экзистенциальные факторы. Данный перечень, по-видимому, является наи-

более полным и обобщающим другие известные классификации терапевтических факторов групповой психотерапии (например, классификации M. Lakin, H. Kelman и др.)

Даже при ближайшем рассмотрении и, тем более, при углубленном анализе основных практик терапевтического сообщества, можно проследить прямые аналогии между поименованными терапевтическими факторами групповой психотерапии и главными принципами терапевтического сообщества, сформулированными М. Джоунсом в начале 40-х годов прошлого столетия. Например, такие принципы терапевтического сообщества, как «постоянное изучение и обучение», «каждый должен вносить свой вклад, демонстрировать активность», «постоянная обратная связь», «индивидуальные изменения достигаются за счет использования коллективных форматов» прямо соответствуют терапевтическим факторам 3, 7, 8 – предоставлению информации, имитационному поведению, межличностному обучению. Такой универсальный принцип терапевтического сообщества, как «открытость и необходимость вынесения переживаний для обсуждения» соответствует терапевтическим факторам групповой психотерапии 2, 10 – универсальности переживаний и катарсису. Подобным образом можно проследить аналогии таких принципов терапевтического сообщества, как «социальная ответственность», «использование разделяемых норм и ценностей» с терапевтическим фактором 6 – развитие навыков социализации. Кроме того, следует отметить, что такие принципы терапевтического сообщества, как «строгое соблюдение кодекса заповедей относительно правильного и неправильного поведения», «все члены терапевтического сообщества обязаны демонстрировать образцы желательного поведения», «использование структуры и системы функционирования терапевтического сообщества для саморазвития через обучение и приобретение навыков», «использование нормативного языка и отход от жаргона» соответствуют установкам поведенческого подхода в групповой психотерапии (Кори Д., 2003). Таким образом, от классических образцов групповой психотерапии специализированная группа терапевтического сообщества отличается существенно более регламентированным и директивным стилем ведения группы и очевидным «кремнем» в сторону поведенческих подходов. Что, в целом, оправдано с учетом того обстоятельства, что терапевтические группы, функционирующие как терапевтическое сообщество, как правило, открытые, и новички должны достаточно быстро усваивать главные принципы и общую идеологию терапевтического сообщества. Групповая динамика в данном случае подкрепляется вполне ощущимися дивидендами – более зрелые члены терапевтического сообщества, восстановившие контроль над своим поведением, получают и большую степень

свободы в рамках существующего режима и оговоренных привилегий.

### ***Компонент семейной психотерапии***

Данный компонент действует лишь в том случае, когда в режим деятельности терапевтического сообщества включаются специальные семейные встречи, в ходе которых происходит:

- адекватное информирование о типичных проблемах, возникающих при общении с зависимыми лицами (например, обсуждаются особенности созависимых отношений и поведения);
- по мере возможности осуществляется переориентация семейных отношений на более конструктивные, способствующие продвижению резидентов к освобождению от зависимости и профилактике рецидивов; осуществляется психологическая поддержка членов семьи;
- проводится обучение приемам самопомощи.

Основная роль в проведении таких специальных встреч терапевтического сообщества отводится старшим консультантам, имеющим позитивный опыт решения семейных проблем. Однако в обсуждении возникающих дискуссионных вопросов принимают участие и все члены терапевтического сообщества. Значение компонента семейной терапии повышается по мере продвижения резидентов от первой к третьей стадии реабилитационной программы.

### ***Опосредованные стратегии ресурсно-ориентированной психотерапии***

С позиций психогенетической теории личности Ю.В. Валентика (2002), основными ресурсными характеристиками личности резидентов соответствующих реабилитационных программ являются проработанные личностные статусы, которые в совокупности обеспечивают высокий адаптивный уровень саморегуляции и самоорганизации резидента, а также эффективный контроль над патологическими личностными статусами, обслуживающими феномен зависимости. В связи с этим нельзя не отметить, что весь строй, общая идеология и содержание реабилитационных программ, основанных на принципах терапевтического сообщества, во-первых, нацелены на форсированное развитие нормативных личностных статусов у зависимых лиц в условиях адекватного терапевтического прессинга. А во-вторых, несмотря на то, что в рассматриваемой психогенетической теории личности и других теоретических построениях аналогичного плана, прямо не говорится о необходимости форсированного развития особого личностного статуса – Я-ресурсного, мобилизованного на совладание с имеющимися проблемами (т.е. некого сверхнормативного личностного статуса, актуализирующегося в периоды жизненных испытаний и кризисов), фактически идеология и практика терапевтического сообщества обеспечивают необходимые условия для уско-

ренного формирования именно этого сверхнормативного статуса, имеющего столь важное значение для самоорганизованного поведения субъекта в кризисных ситуациях.

Следующая группа креативно-пластических ресурсов имеет отношение к режимам активности вне-сознательных инстанций психического и актуализируется, по нашим наблюдениям, в момент перехода от базисных конфронтационных стратегий адаптации к стратегиям синергетическим.

В связи с этим необходимо отметить, что главный стержень идеологии терапевтического сообщества – это действовать сообща, структура построения реабилитационной программы, в частности, тотальная практика групповой терапии, направленной на изменение метапозиции зависимых лиц – от общего конфронтационного полюса к синергетическому, ориентированы на формирование широкого и постоянного доступа к группе креативно-пластических ресурсов. В качестве доказа-

тельства эффективности такого стратегического подхода выступают установленные факты существенного возрастания объемов усвоения актуальной информации и успешного воспроизведения терапевтических установок в поведении новичков и младших резидентов непосредственно после появления отчетливых признаков переформирования базисных адаптационных стратегий.

Таким образом, реабилитационные программы, основанные на идее ТС, содержат все основные и наиболее эффективные компоненты «необъявленной» психотерапии лиц, зависимых от ПАВ, – когнитивной, поведенческой, семейной, групповой и ресурсно-ориентированной терапии.

Знание содержания данных компонентов и умение их адекватной реализации в ходе прохождения резидентами терапевтических этапов программы существенно повышает эффективность соответствующих программ реабилитации лиц, зависимых от ПАВ.

#### **Список использованной литературы:**

1. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества – основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями. // Ж. Профилактика и реабилитация в наркологии. – 2002. – № 1.
2. Кори Д. Теория и практика группового консультирования. – Москва, 2003. – 637 с.
3. Ялом И., Молин Л. Групповая психотерапия. / 5-е издание. – Изд-во: Питер, 2009. – 683 с.
4. De Leon G. Community as a method: Therapeutic Communities for special population and special settings. – Westport, Connecticut: Praeger Publishers, 1997. – 140 p.

УДК 616-036.82/.85; 615.851

## **ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ «12 ШАГОВ»**

А.Л. Катков

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

Краткие исторические сведения, организационные и функциональные характеристики реабилитационной программы «12 шагов» следующие.

Наиболее распространенные названия, употребляемые в специальной и популярной литературе: «12 шагов», «Анонимные алкоголики (АА)», «Анонимные наркоманы (АН)».

Впервые 12-шаговая модель освобождения от алкогольной зависимости описана в книге В. Вилсона «Анонимные алкоголики», изданной в Нью-Йорке в 1937 г.

У истоков движения «12 шагов» стоят Вильям Грифт Вилсон (бывший алкоголик, биржевой маклер) и Роберт Халбрюк Смит (бывший алкоголик, врач-хирург). Инициатива и основной вклад в развитие движения «12 шагов» принадлежит В. Вилсону.

Программа «12 шагов» реализуется в сети закрытых ассоциаций и клубов Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН), распространённых повсеместно (т.е. в каждом более или менее крупном городе Западной, Восточной Европы, бывших союзных республик СССР такие сообщества функционируют). Однако сведения о местонахождении АА и АН открыто не публикуются в силу принципа анонимности.

Клиенты программы «12 шагов» – лица, зависимые от алкоголя (АА) или наркотиков (АН), прошедшие курсы детоксикации, купирования острых абстинентных расстройств. В случае алкогольной зависимости это условие не обязательно. Достаточно появиться на первом собрании АА трезвым.

---

---

Функциональные и организационные характеристики 12-шаговых программ, специализированных на реабилитации больных алкоголизмом (АА) и наркоманией (АН) следующие.

Главным в идеологии сообщества АА и АН является признание алкоголизма и наркомании как болезни, приводящей к стабильным нарушениям в биологической, психологической, социальной и духовной жизни человека. Изменения на биологическом уровне считаются необратимыми и неизлечимыми, но все остальные аспекты проявлений заболевания, по мнению АА и АН, могут направленно корректироваться. «12 шагов» провозглашаются программой личностного выздоровления и поддержания трезвого образа жизни, а «12 традиций» – суммой норм функционирования самого сообщества в окружающем мире.

## 12 шагов

- 1) Мы признали свое бессилие перед алкоголем и наркотиками, признали, что мы потеряли контроль над собой.
- 2) Пришли к убеждению, что Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.
- 3) Приняли решение отдать нашу волю и нашу жизнь Богу так, как мы Его понимаем.
- 4) Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.
- 5) Признались перед Силой, более могущественной, чем мы, перед собой и каким-либо человеком в истинной природе наших заблуждений.
- 6) Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог, так, как мы его понимаем, избавил нас от всех наших недостатков.
- 7) Смиренно просили Его исправить наши недостатки.
- 8) Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и приготовились возместить причиненный нами ущерб.
- 9) Лично возместили ущерб всем этим людям, где это только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
- 10) Продолжали самоанализ, и когда допускали ошибки, сразу признавали это.
- 11) Стремились путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, так, как мы понимаем Его, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.
- 12) Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти Шаги, мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

## 12 традиций

- 1) Наше общее благо должно быть превыше всего – личное выздоровление зависит от единства АА и АН.
- 2) В делах нашей группы нет авторитета выше, чем любящий нас Бог, воспринимаемый нами в том виде, в котором Он может предстать в нашем групповом сознании. Наши руководители - всего лишь облеченные доверием исполнители, они нами не управляют.
- 3) Единственное условие для членства в АА и АН – это желание бросить пить и употреблять наркотики.
- 4) Каждая группа должна быть самостоятельной, кроме тех случаев, когда дело касается других групп или АА и АН в целом.
- 5) У каждой группы есть лишь одна главная цель – донести наши идеи до тех алкоголиков и наркоманов, которые всё ещё страдают.
- 6) Группе АА и АН никогда не следует поддерживать, финансировать или предоставлять имя АА и АН для использования какой-либо родственной организации или посторонней компании, чтобы проблемы, связанные с деньгами, собственностью и престижем, не отвлекали нас от нашей главной цели.
- 7) Каждой группе АА и АН следует полностью опираться на собственные силы, отказываясь от помощи извне.
- 8) Сообщество Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов должно всегда оставаться непрофессиональным объединением, однако наши службы могут нанимать работников, обладающих определённой квалификацией.
- 9) Сообществу АА и АН никогда не следует обзаводиться жёсткой системой управления; однако мы можем создавать службы или комитеты, непосредственно подчиненные тем, кого они обслуживают.
- 10) Сообщества АА и АН не придерживаются какого-либо мнения по вопросам, не относящимся к его деятельности, поэтому имя АА и АН не следует вовлекать в какие-либо общественные дискуссии.
- 11) Наша политика во взаимоотношениях с общественностью основывается на привлекательности наших идей, а не на пропаганде; мы должны всегда сохранять анонимность во всех наших контактах со средствами массовой информации.
- 12) Анонимность – духовная основа всех наших традиций, постоянно напоминающая нам о том, что главным являются принципы, а не личности.

Главная идея программы «12 шагов», как это следует из всего изложенного, заключается в том, что человек, у которого сформировались алкоголь-

ная или наркотическая зависимость и который потерял контроль над своим поведением, всё же может обойтись без ежедневного приёма привычной дозы алкоголя или наркотика при наличии следующих обязательных условий:

– признания факта утраты контроля над своим поведением в отношении употребления алкоголя и наркотиков;

– признания факта того, что существует некая могущественная Сила (Бог – так, как мы его понимаем), которая, в случае установления с ней определённых отношений, прописанных в шагах 3, 5, 6, 7, 11, может даровать волю и силу для возврата здравомыслия (шаг 2), исправления недостатков (шаг 7), духовного пробуждения (шаг 12), – т.е. возврата контроля над своим поведением и возможностями трудовой жизни;

– признания необходимости систематической работы: регулярного посещения собраний АА и АН; проработки основных программных документов «12 шагов», «12 традиций»; соблюдения правил и форм поведения, которые прописаны в основном руководстве по формированию и выполнению программы трезвой жизни – знаменитой «Синей книги» анонимных алкоголиков и наркоманов.

Наша интерпретация этих главных идеологических постулатов программы «12 шагов» заключается в том, что таким образом: 1) зависимый от алкоголя или наркотиков освобождается от фрустрации, связанной с необходимостью решения непосильной для него задачи – а именно такой и представляется задача по восстановлению контроля над своим поведением и достижению полной и длительной abstиненции, и вместе с тем обретает надежду, что задача эта будет решена другими, более могущественными инстанциями, в реальность которых он, безусловно, верит (программа «12 шагов» имеет смысл лишь для верующих людей). При этом и одно обстоятельство – факт бесполезности и бесперспективности своих собственных усилий, и другое обстоятельство – доказательства могущественности Силы (Бога – так, как мы его понимаем) подтверждаются «правдой жизни», т.е. многочисленными неудачными попытками самостоятельного решения проблемы алкогольной или наркотической зависимости в прошлом, а также реальными фактами того, что у членов АА и АН, «перепоручившим» глобальную проблему освобождения от зависимости Богу, почти всегда достаёт сил сохранить трезвость в течение дня. На большее они не претендуют. Таким образом, из антиресурсного состояния, связанного с ощущением фрустрации, безнадежности и отсутствия перспективы, большой алкоголизмом или наркоманией переходит в ресурсное состояние относительного спокойствия, появления отчёлтикой перспективы в отношении того, что его главная проблема имеет шансы на успешное решение, а те конкретные шаги, которые для этого нужно сделать, вполне

не ему по силам; 2) лица, зависимые от алкоголя и наркотиков, освобождаются от иллюзорной защиты, проявляющейся, в том числе, в феномене анонзогнозии, необходимости убеждать себя и окружающих в сохраняющейся способности контролировать своё поведение, связанное с приёмом алкоголя и наркотиков. В такой защитной реакции, требующей много сил и энергии для подавления импульсов «неприятной правды», более нет необходимости. Конфронтация личностных статусов, обслуживающих феномен зависимости, и слабеющего нормативного личностного статуса, старающегося таким образом «сохранить лицо», т.е. иллюзию контроля над ситуацией, на этом исчерпана. Нормативная часть личности зависимого теперь может заниматься очевидно полезным и посильным делом, используя для этого освобождающуюся энергию, осваивать правила и принципы жизни в соответствии с идеологией «12 шагов»; 3) последующее продвижение зависимых от алкоголя и наркотиков в программе «12 шагов» происходит в двух очень важных направлениях. Первое направление связано с установлением качественно новых и существенно более тесных и конструктивных отношений с персонифицированными суперресурсными инстанциями психического (Сила, более могущественная, чем мы; Бог – как мы его понимаем), метапрограммированием этих инстанций на установление действенного контроля и освобождения от зависимости, на содействие в достижении необходимых изменений – шаги 3, 5, 6, 7, 11. Второе важнейшее направление – развитие нормативных личностных статусов, достижение эмоциональной зрелости – реализуется за счёт регулярных практик, предписанных 12-шаговой программой. Оба направления достаточно гармонично сочетаются. Притом что первое направление, как понятно из всего вышеизложенного, существенно облегчает задачу развития нормативной зрелой личности. Таким образом, на каждом этапе 12-шаговой программы зависимые лица получают реальные психологические ресурсы, необходимые для успешной реализации следующих этапов. Эта, весьма важная особенность рассматриваемой реабилитационной модели, по-видимому, и объясняет её реальную эффективность и популярность во многих регионах мира.

Основные инструменты, используемые в работе АА и АН, следующие:

- регулярное посещение собраний в течение всего периода восстановления;
- систематическое изучение и проработка содержания и основных контекстов программы «12 шагов», «12 традиций», главных лозунгов сообщества;
- активная работа с наставниками – людьми давно и успешно работающими в программах.

Посещение групповых собраний – неотъемлемая часть процесса работы по программе АА и АН.

Основной лозунг сообщества – «90 дней – 90 собраний»: новичку предлагается в течение трёх месяцев ежедневно посещать группу. Эта рекомендация имеет глубокий смысл: именно этот начальный период воздержания наиболее опасен в плане возникновения и развития рецидива заболевания. В этот сложный период больные нуждаются в наиболее интенсивной помощи и поддержке на пути к восстановлению. Кроме того, регулярное общение с другими членами АА и АН на этом этапе реализации программы позволяет химически зависимому человеку лучше разобраться в основных её положениях, понять принципы, регулирующие деятельность сообщества, и главное – чем именно оно помогает больному в процессе реабилитации.

На занятиях человек в состоянии найти ответы на многие вопросы относительно тех проблем, которые возникают у него в общении с окружающими его людьми, имеет возможность научиться новым навыкам, опробовать новые стили поведения среди равных ему партнеров. Именно эти возможности дают чувство психологической комфортности и покоя. Слушая рассказы других участников группы, пациенты могут узнавать себя в других, видеть «со стороны» свои проблемы и использовать этот опыт для определения (идентификации) и оценки своих чувств и форм поведения. Группа может значительно облегчить процесс самоисследования, предоставить человеку необходимое внимание, участие и принятие в ходе раскрытия своей личности.

Программу «12 Шагов» можно разделить на два больших этапа.

Первый этап включает в себя Шаги с 1-го по 8-й. Их задача - обучение больного адекватному социальному взаимодействию с людьми, имеющими такие же, как у него проблемы, но ведущими трезвый образ жизни. Подобное обучение возможно лишь при неразрывном контакте с группой «Анонимных Алкоголиков», «Анонимных Наркоманов».

Второй этап охватывает Шаги с 9-го по 12-й. На этом этапе человек выносит знания и умения, полученные в группе, «вовне» – для налаживания и совершенствования функционирования в окружающем его социуме, среди людей, не страдающих химической зависимостью.

Эффективная реализация данных этапов связана с адекватной проработкой 12 традиций АА и АН.

На особое значение в этом плане традиций сообщества указывает, в первую очередь, само отношение к ним членов сообщества. В частности, они в любой момент могут высказывать своё мнение о проделанных шагах, говорить о личном опыте их прохождения, о своём собственном пути в программе и это воспринимается другими резидентами совершенно спокойно. Но в случае попыток неадекватного толкования или изменения традиций сообщества большинство членов АА и АН жёстко встаёт на их защиту. Столь непоколебимая позиция при-

существует у людей лишь тогда, когда возникает угроза их собственному существованию. Традиции, в первую очередь, отстаивают единство сообщества «Анонимных Алкоголиков» и «Анонимных Наркоманов», как защиту и гарантию безопасности личности зависимого, нацеленного на процесс реабилитации. Кроме того, подобная организация работы сообщества не позволяет ему стать тоталитарной sectой.

Особое внимание следует уделять психотерапевтической роли лозунгов АА и АН. Они являются своеобразным спасательным кругом для «выздоравливающего» человека в новых трудных непредвиденных ситуациях. С их помощью больной имеет возможность достаточно уверенно функционировать в окружающей среде в тот период, когда необходимые новые трезвые способы поведения находятся на этапе формирования. Лозунг – это своего рода клише, направляющее мысли и действия «выздоравливающего» на адекватное решение возникающих проблем, ранее преодолевавшихся лишь с помощью алкоголя.

Наиболее важным представляется лозунг «Живи одним днём», который соответствует такому понятию многих психотерапевтических школ, как принцип «Здесь и сейчас». Эта «формула» направлена на то, чтобы весь процесс восстановления проходил под знаком осознания действительности и сосредоточенности на настоящем. Конструктивное его использование позволяет больному не тратить энергию на переживание ошибок прошлого и беспокойство о будущем, а сосредоточиться на решении насущных актуальных проблем. Кроме того, лозунги (девизы) АА и АН можно рассматривать как способ противодействия тем сценарным установкам, которые получены и закреплены зависимым в процессе искаженного личностного развития.

Таким образом, наиболее отчётливо в программе «12 шагов» проявляется компонент групповой психотерапии. Далее можно выделить компоненты мотивационной, когнитивной, поведенческой психотерапии, а также достаточно специфические стратегии ресурсно-ориентированной психотерапии.

Краткое описание психотерапевтических компонентов программы «12 шагов» следующее.

### ***Компоненты групповой психотерапии***

Многими исследователями отмечается факт того, что в практике собрания АА и АН присутствуют почти все терапевтические факторы групповой психотерапии:

1) Вселение надежды – закрепление веры в успешность восстановления по системе АА и АН и надежды на достижение благополучия. Эти психологические факторы уже сами по себе оказывают психотерапевтическое воздействие, тем более, если они подкреплены живыми примерами в виде успешных членов сообщества, имеющих большие сро-

ки трезвости и достигших благополучного существования в окружающем социуме. Как правило, эти люди говорят новичкам: «Хочешь быть таким же, как я – ходи на группы, работай по программе, как я, и всё у тебя получится». Вера в успех – это очень важный фактор эффективности данной программы.

2) Универсальность переживаний. Многие алкоголики и наркоманы считают свои личные проблемы уникальными, но, приходя в группу, они узнают, что другие люди имеют похожие проблемы, также испытывают чувство неполноценности и межличностное отчуждение. Когда больной понимает, что он со своим несчастьем не уникален и не одинок, он оказывается в состоянии принять помощь от других людей, как внутри сообщества, так и вне его, что, несомненно, облегчает становление процесса реабилитации. Кроме того, некоторые больные, определив у себя какие-либо трудности, «приносят» их для проектировки в группы, а в процессе общения с другими членами группы находят у себя ещё ряд проблем, мешающих восстановлению, но до прихода в группу «не определённых» и не осознавшихся.

3) Предоставление информации – это возможность и необходимость обмена членов групп АА и АН информацией относительно способов преодоления тех или иных проблем, существующих в жизни алкоголика или наркомана, так как трудности большинства больных имеют большое сходство. Могут быть общими также способы «продвижения» по программе, приёмы работы по отдельным «шагам», «традициям» и «лозунгам», а также во многих других аспектах восстановления. Для подобного обмена информацией определяются темы для обсуждения на группах, которые либо выбираются большинством участников «встречи», либо планируются заранее.

4) Альтруизм – ощущение взаимной необходимости как старожилов АА и АН, так и новичков – оказывает эффективное терапевтическое действие. Не является секретом тот факт, что если в группу АА и АН не привлекаются новые «свежие» алкоголики и наркоманы, то группа может быстро прекратить реальную активность, что, в свою очередь, может привести к учащению срывов даже у тех, кто имеет большие сроки трезвости. Поэтому альтруизм – это важный элемент взаимодействия членов АА и АН, без которого невозможно личное выздоровление.

5) Корректирующая рекапитуляция первичной семейной группы. Те отношения, которые складываются между участниками группы АА и АН, с течением времени начинают походить на такие же формы взаимодействия, которые человек использует в общении со своими близкими. То есть в группе больной начинает проявлять те же паттерны поведения, что и, например, в семье. Неконструктивные тенденции взаимодействия могут обнаружиться в том случае, когда химически зависимый человек испытывает излишнюю привязанность или проявляет агрессию по отношению к группе или отдель-

ным её членам. По мере прохождения определённых этапов восстановления по программе и работы в группе эти тенденции подвергаются групповой и индивидуальной рациональной и реалистичной оценке, что приводит к более свободному, лишенному патологических стереотипов межличностному общению больного и окружающих его людей, как на собраниях группах, так и вне собраний.

6) Развитие навыков социализации. В процессе работы в группах АА и АН, во-первых, учатся адекватно общаться с участниками группы. Человек, до прихода в группу с трудом выражавший свои мысли, в процессе группового общения учится говорить коротко, ясно, понятно, правильно расставлять смысловые акценты в своей речи. Важную роль здесь также играет необходимость соблюдения ритуалов представления самого больного и «проговаривание» (донесение) своих мыслей по теме, разбираемой на группе. Далее, несомненно, важным моментом является переосмысление участниками АА и АН своих взаимоотношений с социальным окружением. Что достигается углубленной переработкой шагов 4, 6, 8, 9, 12, которые в совокупности направлены на установление конструктивных доверительных отношений с социумом, возможных после признания и посильного возмещения причинённого ущерба.

7) Имитационное поведение. Некоторые больные, приходящие в сообщество, не имеют навыков трезвого поведения. Для начала им предлагается «копировать», то есть имитировать поведение успешно работающих по программе членов сообщества с целью получения конструктивного опыта трезвой жизни. Новичкам рекомендуется пользоваться лозунгами (девизами), «формулами» программы в качестве готового способа преодоления сложных или неожиданно возникших ситуаций, способных стать причиной срыва. Постепенно они аккумулируют опыт многих людей, посещающих АА и АН, по преодолению тех или иных трудностей, у них появляется масса образцов поведения. В дальнейшем больной оказывается в состоянии экспериментировать, самостоятельно используя весь имеющийся у себя арсенал проработанных на группах форм адекватного поведения в повседневной жизни.

8) Межличностное научение. В группах АА и АН каждый их участник исследует испытываемые им и другими участниками группы как положительные, так и отрицательные эмоции, апробирует новые формы (способы) поведения среди «трезвых алкоголиков и наркоманов», что в дальнейшем позволяет перенести ему многие из этих одобренных на группе действий и суждений на жизнь вне группы – для установления полноценных социальных связей с окружающими людьми.

9) Сплочённость группы способствует достижению успеха в процессе реабилитации в условиях группы, так как алкоголик и наркоман в одиночестве практически не в состоянии справиться со сво-

им заболеванием и нуждается, таким образом, в помощи себе подобных. Отсутствие сплочённости приведет к распаду группы АА и АН и даже сообщества АА и АН в целом, вследствие чего значительно уменьшится терапевтический эффект даже в «выживших», но закрытых и «замкнутых на себя» группах. Сплочённость сообщества, как основной принцип существования АА и АН и «выздоровления» больных, оговорен в «12 традициях» АА и АН, где основополагающей по этому поводу следует считать 1-ю традицию: «Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА и АН».

10) Катарсис. Проработка в группах «неприемлемой» потребности в алкоголизации и наркотизации, сосредоточение внимания на ранее не вскрытых, не проанализированных эмоциях, таких, как чувство вины или враждебности, приводит к психологическому очищению, облегчению и освобождению. Это переживание испытывают многие члены АА и АН после окончания собраний. Кроме того, важно отметить особую пользу такого катарсиса в группе, проявляющуюся в усилении сплоченности группы (и сообщества АА и АН в целом) в результате интенсивного множественного межличностного взаимодействия в безопасном, принимающем, полном эмпатии окружении.

11) Экзистенциальные факторы. Так или иначе, в ходе групповой работы участники АА и АН обсуждают несущие смыслы бытия, проводят углубленный самоанализ, добиваются «духовного пробуждения» (шаг 12). Это в совокупности формирует обновленную жизненную метапозицию бытия-в-мире, существенно более ресурсную, альтруистическую и ориентированную на воплощение основной идеи жизни, проработанной и сформулированной в ходе реализации прохождения этапов 12-шаговой программы.

Таким образом, терапевтические факторы и механизмы групповой психотерапии являются мощными стимулами к разрушению привычных способов самообмана, созданию новой самоидентификации и самосознания у пациентов – участников программ АА и АН, к форсированному развитию нормативных личностных статусов, эмоциональной зрелости. В конечном итоге именно эти терапевтические достижения и обеспечивают устойчивость резидентов АА и АН к рецидивам употребления алкоголя и наркотиков. Всё вышеприведённое позволяет говорить о том, что компонент групповой психотерапии является основным в программе «12 шагов».

Между тем, даже и среди профессионалов наркологического, психотерапевтического профилей существует мнение о несовместимости основной идеологии реабилитационной программы «12 шагов» и классических принципов групповой психотерапии. Этот вопрос должен быть внимательно рассмотрен с целью, во-первых, устраниТЬ недоразумения, которые могут возникать при попытках совмещения практики классической групповой психотерапии с фрагментами программы «12 шагов» в рамках общей высокоструктурированной программы медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, (такое совмещение отнюдь не является редкостью при современных мультимодальных подходах). А во-вторых, для того, чтобы прояснить позиции расхождения двух главных реабилитационных принципов – терапевтического сообщества (ТС), которое в большей степени ориентировано на идеологию классической групповой психотерапии, и «12 шагов», где формирование и работа групп осуществляются со своими достаточно специфическими особенностями. Адекватное уяснение врачами-наркологами, психотерапевтами, психологами, консультантами по зависимостям, как общих позиций, так и моментов расхождения и возможности неконфронтационной терапевтической утилизации такого рода диссоциаций, вне всякого сомнения, будет способствовать расширению их профессиональных компетенций и, конечно, только благотворно отразится на пациентах, получающих полипрагматичный и в то же время целостный реабилитационный опыт. К таким «недоразумениям» И. Ялом (2009), пожалуй, самый авторитетный специалист в области групповой психотерапии из ныне действующих специалистов, относит следующие:

1) группы «12 шагов» отвергают психотерапию так же, как и медикаментозное лечение;

2) группы «12 шагов» подталкивают к отказу от личной ответственности;

3) группы «12 шагов» препятствуют проявлению сильного аффекта, что в соответствующем контексте является одним из мощных терапевтических факторов;

4) классическая групповая психотерапия самодостаточна и может обходиться без насаждаемых принципов духовности и других «излишеств» 12-шаговой программы;

5) классическая групповая психотерапия рассматривает отношения внутри группы анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов (т.е. отношения между опытными старшими членами группы и теми, кто делает первые шаги) как регressive и не способствующие личностному росту.

При этом сам И. Ялом считает, что есть как лучшие образцы проведения групп в программе «12 шагов», для которых все вышеизложенное неадекватно, так и худшие примеры. Но такие примеры можно найти в любых психотерапевтических подходах, а не только в группах «12 шагов». Поэтому не следует выносить обобщённые суждения о достоинствах и недостатках метода, основываясь только лишь на односторонних свидетельствах.

Существенное отличие мейнстрима групповой психотерапии (и, следовательно, идеологии ТС) от

программы «12 шагов», по И. Ялому, заключается в том, что группы анонимных алкоголиков и наркоманов основаны на отношении их членов к «высшей власти» (т.е. Силе, более могущественной, чем мы, Богу – как мы его понимаем), на подчинении ей и понимании самих себя по отношению к этой «высшей власти».

Таких отношений в мейнстриме групповой психотерапии не предусматривается. Залогом жизнеспособности и терапевтической динамики группы является взаимное общение, особенно в том, что происходит здесь и сейчас, перекрестная обратная связь.

По мнению И. Ялома, запрет на перекрёстную обратную связь ни в коем случае не приводит к обезличиванию встречи на группах АА и АН. Участники таких групп чувствуют себя свободными, защищёнными, и имеют возможность самораскрыватьсь «до дна». Но поскольку у этих групп нет специ-

ально подготовленных ведущих, которые могли бы регулировать отношения «здесь и сейчас», быстро обрабатывать получаемую информацию, решение групп АА и АН избегать интенсивных межличностных контактов и конфронтаций представляется вполне разумным.

Далее И. Ялом предлагает вариант «вольного перевода» идей, заложенных в программе «12 шагов» на язык понятной классической групповой психотерапии, полагая, что с помощью такой конструкции ведущие группы могут использовать этот общий инструментарий, который покрывает оба подхода, и поддерживает мысль о том, что групповой терапевтический процесс и процесс реабилитации по программе «12 шагов» могут облегчить протекание друг друга (таблица 1).

Следующие терапевтические компоненты – мотивационный, когнитивный, поведенческий, ресур-

*Сближение подходов групп «12 шагов»  
и межличностных терапевтических групп по И. Ялому (2009)*

№ п/п	Группа «Двенадцать шагов»	Межличностная групповая психотерапия
1	Признать, что алкоголь и наркотики одержали над нами верх и наши жизни стали неуправляемы	Отказаться от претенциозности и контрзависимости. Начать формирование доверия групповому процессу и силе группы
2	Поверить, что некая Сила, более мощная, чем мы сами, может помочь нам вновь обрести рассудок	Самовосстановление через отношения и человеческие связи. Превращение «Высшей Власти» в источник успокоения, заботы и надежды, который может заменить пристрастие к алкоголю и наркотикам
3	Вверить нашу волю и наши жизни Богу – так, как мы Его понимаем	Обретение веры в терапевтическую процедуру и в добрую волю товарищей по группе
4	Заглянуть внутрь себя, чтобы изучить себя и провести бесстрашную моральную «инвентаризацию» самих себя	Самооткрытие. Поиск внутри себя. Узнать как можно больше о себе самом
5	Признать перед Богом, перед самими собой и перед другим человеком точную природу наших пороков	Самораскрытие. Поделиться своим внутренним миром с другими - опыт, который не только наполняет вас стыдом и чувством вины, но и даёт вам мечты и надежды
6	Быть совершенно готовым к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших пороков	Исследовать и выяснить «здесь и сейчас» в условияхлечения все деструктивные межличностные поступки, которые вызывают рецидивы. Задача группы – помочь участникам найти внутри себя ресурсы для подготовки к действию
7	Покорно попросить Его избавить нас от наших недостатков	Признать межличностные чувства и поступки, которые мешают приносящим удовлетворение отношениям. Изменить их с помощью экспериментов с новым поведением. Требовать и принимать обратную связь, чтобы расширить свой межличностный репертуар. Хотя группа и предлагает возможность работать над твоими проблемами, ответственность за эту работу лежит на тебе
8	Составить список лиц, которым мы причинили вред, и быть готовыми искупить свою вину перед всеми	Идентифицировать межличностные травмы, за которые вы несёте ответственность; научиться сочувствовать другим людям. Постараться оценить влияние ваших поступков на других и быть готовым исправить причиненный вами вред

№ п/п	Группа «Двенадцать шагов»	Межличностная групповая психотерапия
9	Искупить свою вину перед этими людьми всюду, где это возможно, за исключением тех случаев, когда это причинит вред им или другим людям	Использовать группу как испытательный полигон для выявления и исправления своих ошибок. Начать работу девятого шага, искупив свою вину перед теми членами группы, которым вы мешали или которых обидели
10	Продолжить заниматься «личной инвентаризацией» и в тех случаях, когда мы были неправы, быстро признать свои ошибки	Усвоить процесс саморефлексии, принять на себя ответственность и самораскрытие. Сделать эти атрибуты частью вашего пребывания в группе и жизни вне её
11	Искать с помощью молитв и медитации усовершенствования нашего сознательного контакта с Богом так, как мы понимаем Его, и молиться только о знании Его воли для нас и о том, чтобы у нас хватило сил ее реализовать	Никакого прямого психотерапевтического внимания, но терапевтическая группа может поддержать медитацию, успокаивающую сознание, и постижение духовного мира
12	Придя в результате этих шагов к духовному возрождению, постараться донести эти знания до других наркоманов и алкоголиков	Активно заботиться об окружающих, начиная с ваших товарищей по группе. Альтруистическое поведение заставит вас больше любить и уважать самих себя

сно-ориентированный – также имеют свои специфические особенности.

**Компоненты мотивационной и когнитивной психотерапии** здесь являются продолжением друг друга. Если отвлечься от общего с ТС и, вне всякого сомнения, важного мотивационного фактора – характеристик ресурсного статуса старших резидентов, стимулирующих стартовый комплекс мотивирующих переживаний (...они выглядят уверенными, сильными – победителями, а были такие же, как я... Я этого хочу и у меня это тоже получится...), то спецификой формирования терапевтической мотивации в программах «12 шагов» является позитивная реакция пациента на замену долгосрочных, явно нереальных и неподъёмных для него целей по установлению эффективного контроля над своим поведением – на ограниченные во времени, краткосрочные и вполне достижимые цели. То есть в данном случае всплеск мотивационной активности лиц, зависимых от ПАВ, является следствием замены неадекватной (с точки зрения идеологов 12-шаговой программы) когнитивной модели продвижения пациента от состояния болезни - зависимости к состоянию здоровья – освобождения от зависимости, к существенно более реалистичной и приемлемой когнитивной схеме такого продвижения.

Далее имеет значение механизм мотивационного релизинга (т.е. откладывания и прогнозирования процесса необходимых терапевтических изменений мотивационной сферы зависимых лиц во времени). С этой точки зрения, всё также выглядит предельно реалистично: «Сначала принеси своё тело, мозг придёт потом» – так сформулирован один из основополагающих тезисов программы «12 шагов», который, по сути, утверждает известную истину в отношении того, что внутренние мотивационные установки ме-

няются при повторении и усвоении соответствующих внешних форматов поведения, и что эти изменения происходят тем быстрее, чем более точно внешние требования соответствуют искомому внутреннему состоянию субъекта.

**Собственно когнитивный психотерапевтический компонент** в 12-шаговой программе является достаточно директивным терапевтическим стержнем, вокруг которого выстраиваются все прочие компоненты реабилитационной программы. Из классического содержания когнитивной психотерапии зависимых лиц здесь следует отметить главенство проработки когнитивной модели перехода от состояния болезни – зависимости к состоянию здоровья – освобождения от зависимости. На втором по значимости месте стоит работа с неадекватными психологическими защитами и сценариями, оправдывающими употребление алкоголя и наркотиков. Такого рода сценарии безжалостно развенчиваются; до пациента разными путями доводится простая и понятная для него мысль: «Все твои проблемы возникают в результате употребления алкоголя и наркотиков, а не наоборот; и поэтому тебе пора перестать морочить этим голову, в первую очередь, себе и своим близким; пришло время серьёзно приниматься за дело освобождения от зависимости». В связи со всем изложенным выше, третий компонент когнитивной психотерапии – работа с конкретными проблемами пациента, не имеющими прямого отношения к зависимости, представлен наименее слабо или вовсе не представлен, что, в целом, оправдано фокусированием на главных (с точки зрения идеологов «12 шагов») целях.

**Компонент поведенческой психотерапии.** Данный компонент существенно менее выражен, чем в реабилитационных программах, построенных

---

---

по модели ТС. Интенсивной терапии средой, проводимой в условиях 24-часового терапевтического прессинга, с необходимостью соблюдения жёстких правил и возможностью эффективного контроля их выполнения, здесь, по определению, быть не может – программа «12 шагов» реализуется, в основном, в амбулаторных условиях. И, несмотря на сравнительно высокую интенсивность первых месяцев (90 дней – 90 собраний), за исключением времени проведения собраний, резиденты 12-шаговых программ предоставлены сами себе. Вместе с тем, чёткие модели желательного поведения, подкрепляемые «спонсорами» – опытными и успешными участниками терапевтического проекта, и прорабатываемые при активном обсуждении главных традиций 12-шаговой программы, безусловно, оказывают позитивное терапевтическое влияние и формируют навыки совладающего поведения у зависимых лиц – участников АА и АН.

**Компонент ресурсно-ориентированных психотерапевтических стратегий.** Наша интерпретация общей идеологии реабилитационной программы «12 шагов» заключается в том, что основная специфика и реальная терапевтическая ценность данных программ связаны с продуманной пошаговой стратегией расширения доступа ко всем имеющимся группам психологических ресурсов у зависимого субъекта. И, в первую очередь, к суперресурсам персонифицированных, в соответствии с личным мифом клиента, внесознательных инстанций. С последними, в результате последовательной реализации шагов 2, 3, 5, 6, 7, 11, устанавливаются особые отношения, которые можно охарактеризовать как отношения почти беспредельного доверия (Силе, более могущественной, чем мы, доверяется ни много, ни мало – жизнь зависимого субъекта и, далее, общие направления этой жизни, в соответствии Его – Бога волей) и конструктивного сотрудничества. Такого рода сотрудничество предполагает осуществление ритуала молитвы, который можно обозначить и как практику ресурсного доступа, углубляющую и расширяющую контакт с суперресурсными инстанциями психического («соприкосновение с Богом так, как мы понимаем Его – шаг 11»). Параллельно, как это следует из содержания шагов 3, 6, 7, 11, осуществляется процесс метапрограммирования внесознательных инстанций на освобождение от того, что названо «недостатками» – это может быть и патологическое влечение к алкоголю или наркотику, не контролируемые эмоциональные импульсы с агрессией и аутоагрессией, импульсивное поведение, т.е. всё то, что весьма сложно или невозможно контролировать сознательными усилиями, и на дарование силы для этого.

Специально следует отметить то обстоятельство, что общая идеология «12 шагов» прямо нацелена на замену конфронтационной метапозиции, обычной для зависимого субъекта, на синергетическую метапозицию, ориентированную на сотрудничество и открытую к изменениям, что, по нашим данным, открывает доступ к группе креативно пластических ресурсов. Об этом косвенно и прямо свидетельствует содержание шагов 7, 8, 9, 10. Лучшие образцы практики реализации 12-шаговой программы (автору этих строк удалось побывать на нескольких таких встречах) также демонстрируют атмосферу потрясающего братства и поддержки, ощущаемой почти на физическом уровне. В такой атмосфере растворяются все статусные различия участников группы. Так, на одном из собраний, проводимых в Восточной Европе, среди участников встречи АА были действующий министр правительства и безработный, но общий эмоциональный контекст и динамика работы группы были столь привлекательны и впечатляющи, что двое из приглашённых гостей попросили слова, признались в наличии у них проблем с алкоголем и были приняты в группу АА. В этих примерах особенно важной, задающей тон самоощущению и движению всей группы, виделась роль лидеров, которые, по нашему мнению, должны составлять позитивное ядро в количестве не менее 5-7 человек. Эти участники группы должны находиться в ресурсном статусе (т.е. в том неподдельном гиперпластическом состоянии, которое обеспечивается синергетической адаптационной стратегией внесознательных инстанций), особенно привлекательном для зависимых лиц, делающих первые шаги в сообществе. Если же этого не происходит, то группы сравнительно быстро регressируют и расходятся. В связи со всем изложенным, мы считаем, что осмысленная синергетическая стратегия 12-шаговой программы, открывающая доступ к креативно пластическим ресурсам участников профильных групп, является обязательным условием, обеспечивающим устойчивость развития АА и АН.

Специфика третьей стратегической линии «необъявленной» ресурсно-ориентированной психотерапии, реализуемой в программе «12 шагов», заключается в том, что личностный рост, обучение адаптивным навыкам, достижение эмоциональной зрелости и устойчивости к стрессовым воздействиям – т.е. всё то, что можно обозначить как проработка и развитие нормативных личностных статусов, проводится не в таком форсированном режиме, как это предусмотрено в программах терапевтического сообщества. Другим существенным моментом является освобождение зависимого субъекта от «повышенных обязательств» и непосильной

для него ответственности на первых этапах реализации программы. К этому стратегическому ходу можно относиться по-разному. Однако наблюдаемые нами факты свидетельствуют о том, что при правильно понятой и организованной терапевтической динамике резиденты АА и АН последовательно возвращают себе те уровни ответственности, к которым они готовы на определённый момент по мере продвижения в программе.

На основании всего вышеизложенного представляется логичным и обоснованным следующий вывод о существенных различиях в стратегиях необъявленной ресурсно-ориентированной психотерапии, реализуемых в программах ТС и «12 шагов»:

– изначальный дефицит в личностных свойствах, обеспечивающих эффективную самоорганизацию, и соответствующих поведенческих навыках, формирующих приемлемый уровень адаптации зависимого субъекта в агрессивной среде, в условиях ТС компенсируется сверхактивностью особого режима терапевтического сообщества, который, с одной стороны, является необходимым внешним фактором, структурирующим время, активность и формы поведения зависимого субъекта. А с другой – является мощным стимулом к форсированному развитию тех самых личностных свойств и поведенческих навыков, которые на завершающем этапе прохождения программы ТС должны «перехватить» эту важнейшую функцию и вернуть резиденту возможность контроля над своим поведением, а значит, и личную свободу, которую теперь следует понимать именно в таком терапевтическом контексте;

– аналогичный дефицит слагаемых эффективной самоорганизации у зависимого субъекта в 12-шаговых программах компенсируется за счёт продуманного пошагового метапрограммирования суперресурсных инстанций психического, которые таким образом призваны выполнить функцию утраченного контроля и давать зависимому субъекту шанс на поэтапное и посильное для него развитие соответствующих личностных свойств и навыков эффективной самоорганизации. При этом следует иметь в виду, что реабилитационные программы, построенные по принципу «12 шагов», реализуются в основном в амбулаторных условиях, где возможность какого-либо внешнего группового контроля минимальна или вовсе отсутствует. Поэтому специально оформляемое в духе личного мифа клиента (участники программы

«12 шагов» – это в основном верующие люди) делегирование функций внешнего контроля персонифицированным суперресурсным инстанциям – это, возможно, единственный выход для удержания больного в состоянии трезвости в первые и самые сложные для него дни, недели и месяцы вхождения в программу «12 шагов»;

– в данном контексте вопросы дифференцированного использования и экологически выверенного совмещения подходов ТС и «12 шагов» не представляют особой сложности. Так, например, фрагменты акцентированной ресурсно-ориентированной психотерапии с проработкой конструктивных вариантов сотрудничества с внесознательными инстанциями психического могут быть включены в программу противорецидивной и поддерживающей терапии резидентов, находящихся на третьем этапе ТС. Единственное, чего следует всеми силами избегать, – это механического, непродуманного совмещения двух обозначенных подходов в рамках одной и той же реабилитационной программы, реализуемых, к тому же, недостаточно подготовленными конкурирующими и конфронтирующими сотрудниками соответствующих учреждений и центров.

На основании всего выше изложенного следует, что при соответствующей организации программы реабилитации зависимых лиц «12 шагов», последняя включает все основные компоненты «необъявленной» психотерапии – когнитивной, поведенческой, ресурсно-ориентированной, групповой терапии. При этом особую значимость имеет компонент групповой психотерапии.

Основным терапевтическим стержнем программы «12 шагов», с позиции психотехнического анализа, является метапрограммирование суперресурсных внесознательных инстанций на функции «внешнего» контроля над патологическим влечением и поведением зависимых лиц в сторону его удовлетворения, а также возможность форсированного и эволюционного формирования свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

Понимание механизмов «необъявленной» психотерапевтической активности 12-шаговой программы помогает эффективно использовать данную реабилитационную модель с другими технологиями лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ.

#### **Список использованной литературы:**

1. Анонимные алкоголики. – Нью-Йорк: *Alcoholics anonymous world services, inc.* 1989. – С. 22-81.
2. Ялом И., Молин Л. Групповая психотерапия. / 5-е издание. – Изд-во: Питер, 2009. – 683 с.

## **ПСИХОТЕРАПИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ, ВЫСОКОСТРУКТУРИРОВАННЫХ ПРОГРАММАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

А.Л. Катков

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

Основной тенденций последних двух десятилетий в сфере лечения и реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), является факт того, что эмпирически найденные и стихийно сформированные формы медико-социальной помощи зависимым лицам всё более замещаются профессиональной практикой с доказанной эффективностью. К числу последних следует отнести и профессиональную психотерапию, делающую последовательные шаги к надежной идентификации границ эффективности методов, используемых в целях лечения и реабилитации зависимых лиц.

С нашей точки зрения, уже сегодня можно говорить об очевидных преимуществах профессиональной психотерапии перед другими стихийно сложившимися и общепризнанными профессиональными практиками, которые, в кратком перечне, сводятся к следующему:

- **экономичность** – современная психотерапия добивается значительных результатов за ограниченные временные периоды, существенно менее продолжительные, чем в случае использования других развивающих и помогающих практик. Данное обстоятельство имеет весьма важное значение, во-первых, для снижения порога доступа (зависимые лица гораздо легче соглашаются на сравнительно более кратковременные реабилитационные курсы с возможностью ускоренного перехода от стационарного к амбулаторному режиму), а во-вторых – в плане адекватного снижения стоимостных издержек по реализации программ медико-социальной реабилитации (МСР);

- **универсальность** – для современной психотерапии не существует каких-либо возрастных или иных ограничений в том объёме, в котором такие ограничения присутствуют в других развивающих или помогающих практиках;

- **возможность формирования высокой мотивации на достижение наиболее конструктивного результата** – подготовленные специалисты – психотерапевты виртуозно используют возможности групповой динамики, соответствующих терапевтических контекстов для повышения мотивации пациента на достижение искомого результата (что особенно важно в работе с зависимыми лицами), эффективно утилизируют препятствия к развитию такой мотивации, умеют переформировать желание результата в осознанную мотивацию

к необходимым пошаговым терапевтическим изменениям;

- **максимальная индивидуализация применяемых подходов** – данная позиция полностью соответствует принципам доказательно-эффективной терапии лиц, зависимых от ПАВ, сформированных National Institute on Drug Abuse (NIDA); современная психотерапия стремится действовать в структуре личного мифа клиента, выстраивая индивидуальный проект терапии с учётом факторов приемлемости, особенностей культурного и семантического контекста;

- **стратегическая гибкость** – современная психотерапия может использовать и эффективно сочетать как универсальные стратегии (например, стратегии работы с универсальными мишенями в программах МСР), так и индивидуальные терапевтические стратегии, ориентированные на решение конкретных проблем и запросов, предъявляемых пациентами на этапах МСР;

- **предельное многообразие используемых ресурсов** – помимо разнообразных технологических ресурсов, накопленных современной психотерапией к сегодняшнему дню, речь идёт о возможности использования уникальных гиперпластических ресурсов феномена так называемого «психотерапевтического пространства», ресурсов личности психотерапевта и прочих специфических для данной практики ресурсов, в существенно меньшей степени охватываемых другими развивающими и помогающими технологиями;

- **акцент на персонализацию** – современная психотерапия решает задачу адекватной социализации пациента за счёт форсированного развития нормативных личностных свойств и статусов, достигаемого за счёт использования специальных профессиональных методов, а не наоборот (для эмпирических и стихийно-организованных реабилитационных программ характерна обратная последовательность), что в разумном сочетании с практикой социальной терапии существенно сокращает сроки и повышает эффективность МСР зависимых лиц;

- **возможность постоянного контроля эффективности психотерапевтического процесса** – современная психотерапия располагает средствами экспресс-диагностики состояния клиента в любой момент его продвижения в программе и даже в ходе терапевтической сессии (клиническая оценка, экс-

периментально-психологическая диагностика, специальная компьютерная диагностика); кроме того существуют научные методы оценки эффективности используемых психотерапевтических методов в системе промежуточных и конечных индикаторов адаптации, социальной динамики и качества жизни;

– *устойчивость результата* – современная психотерапия, располагающая доказательной базой в отношении психологических свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости субъекта к повторному вовлечению в зависимость, и прямо нацеленная на форсированное развитие данных свойств, как никакая другая помогающая или развивающая практика продвигает пациента к искомому результату – полноценному освобождению от химической зависимости.

В связи со всем изложенным, психотерапевтические технологии в профессиональных, высокоструктурированных программах МСР лиц, зависимых от ПАВ, являются главным терапевтическим стержнем, вокруг которого выстраиваются прочие необходимые компоненты программы.

Как уже нами отмечалось, на сегодняшний день в общем поле профессиональной психотерапии не существует какого-либо общепризнанного направления или метода, который бы не был использован с целью профилактики или лечения лиц, зависимых от ПАВ.

Вместе с тем, практика медико-социальной реабилитации зависимых от ПА не равна наркологической практике в целом, и предъявляет гораздо более специфические требования к направлениям и методам профессиональной психотерапии.

Так, по нашим данным (всего проанализировано свыше 3000 тематических публикаций в сфере профессиональной психотерапии в наркологии) из общепризнанных направлений профессиональной психотерапии в структуре медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, существенно чаще используется когнитивно-поведенческое направление, реже – экзистенциально-гуманистическое, а психодинамическое направление в своём классическом варианте практически не используется. В то время как для практики индивидуальной психотерапии зависимых лиц такая ситуация не характерна. Этому есть свои объяснения (такие, например, как специфика контингента и организационных подходов, предполагающих такие характеристики профессиональных практик, как приемлемость для большинства резидентов – в силу группового формата их реализации: простота, доступность, эффективность и взаимосвязь с общими требованиями терапевтического режима, понятная как для резидентов, так и для персонала), которые не связаны с личными предпочтениями специалистов – психотерапевтов наркологического профиля.

Из тех направлений психотерапии, которые в качестве таковых признаются не всем профессио-

нальным сообществом, в программах МСР наиболее часто фигурируют направления групповой и семейной, а также интегративной и эклектической психотерапии.

Методы, наиболее часто используемые в структуре программ МСР следующие: мотивационная психотерапия (по В. Миллеру, С. Рольнику); когнитивная психотерапия А. Бека, А. Эллиса; поведенческая психотерапия; проблемно-ориентированная психотерапия Р. Фишера, П. Вацлавика; групповая психотерапия; семейная психотерапия с её основными модификациями; психическая саморегуляция. Относительно редко используются методы: психодрамы; телесно-ориентированной психотерапии; трансактного анализа; гештальт-терапии; арт-терапии; лого-терапии и экзистенциальной психотерапии; трансперсональной психотерапии; духовно-ориентированной психотерапии; этнопсихотерапии М. Гауснера.

Следует иметь в виду, что в первом блоке наиболее часто употребляемых методов, некоторые из них могут образовывать устойчивые пары и реализовываться в общих форматах, таких, например, как проблемно-ориентированная групповая психотерапия. В таких случаях можно говорить о том, что в общий формат базисного метода (групповой психотерапии) инкорпорируются технологии вспомогательного метода, что, в целом, только лишь усиливает общий терапевтический эффект.

На сегодняшний день пока ещё нет надёжных данных, позволяющих говорить о преимуществе каких-либо одних психотерапевтических методов, по степени их эффективности в программах МСР лиц, зависимых от ПАВ, над другими (единственным исключением здесь является когнитивно-поведенческая психотерапия). В тоже время многие исследователи и практики, анализируя базисные потребности лиц, зависимых от ПАВ, особенности построения современных профессиональных реабилитационных программ, предпочитают говорить о неких «обязательных» психотерапевтических методах, присутствие которых в структуре МСР обусловлено суммой известных знаний о динамике формирования химической зависимости, логикой и всем строем программ медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ. А также говорить о «произвольной» программе психотерапевтических методов, включение которых в общую структуру МСР не является обязательным и обуславливается личными предпочтениями специалистов – психотерапевтов, действующих в составе реабилитационной бригады. Здесь также имеет место некоторый разброс мнений. Однако наиболее важным обстоятельством является согласие основного числа профессионалов в том, что, если не обязательными, то крайне желательными психотерапевтическими методами в структуре МСР зависимых лиц должны быть: мотивационная, когнитивно-поведенчес-

кая, групповая, проблемно-ориентированная, семейная психотерапия.

Ю.В. Валентик – признанный авторитет Российской наркологической науки и практики в сфере реабилитации и психотерапии – рекомендовал расширить этот список методами психической саморегуляции и экзистенциальной психотерапии (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002).

Наши собственные исследования позволяют рекомендовать метод стратегической полимодальной психотерапии лиц, зависимых от ПАВ, как доказательно-эффективный и наиболее приспособленный к специфике и динамике терапевтических мишеней в программах MCP.

Общая методология выстраивания компонента психотерапевтических технологий в структуре медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, предусматривает опору на следующие ключевые моменты:

- точную идентификацию основных и вспомогательных мишеней психотерапевтических технологий;
- адекватную формулировку универсальных и специальных задач психотерапевтической практики;
- выведение универсального алгоритма и последовательности реализации рекомендуемых психотерапевтических методов;
- определение промежуточной и конечной эффективности используемых психотерапевтических технологий.

Основными психотерапевтическими мишенями в современных высоко структурированных реабилитационных программах являются:

- мотивационная сфера зависимых лиц;
- патологическое влечение к приёму ПАВ (без признаков тяжелой абstinенции);
- патологический личностный статус;
- деформированный семейный статус;
- дефицитарная или деформированная социализация;
- феномен созависимости у родных и близких.

Опосредованными психотерапевтическими мишенями (в работе с которыми психотерапевтическим технологиям отводится только вспомогательная роль) являются:

- патологический соматический статус;
- патологический психический статус (продуктивные и негативные психопатологические синдромы).

Профессиональная, высокоструктурированная программа отличается, прежде всего, тем, что существует возможность квантификации и оценки степени тяжести проявлений зависимости по профилю всех вышеперечисленных мишеней, определения первоочередных потребностей пациента и формирования, исходя из этого, адекватной терапевтической стратегии.

Далее, следует иметь в виду, что в работе с основным блоком мишеней психотерапевтические технологии могут являться главным, но не единственным лечебно-реабилитационным методом. Так, например, многие схемы купирования патологического влечения к употреблению ПАВ, включают приём атипичных нейролептических препаратов или антидепрессантов последнего поколения. Однако убедительных доводов, оформленных в духе доказательной практики, в пользу предпочтительности в этом случае психофармакотерапии, до настоящего времени не получено; работа с деформированной и дефицитарной социализацией предполагает включение компонентов социальной терапии (тематические тренинги, профессиональное обучение, юридическая помощь и др.); семейное психологическое консультирование используется в работе с деформированным семейным статусом зависимых лиц.

Таким образом, существуют объективные сложности «вычленения» чистых психотерапевтических эффектов. Тем не менее, нет никаких сомнений и в том, что грамотно подобранные и квалифицированно реализуемые психотерапевтические технологии вносят основной вклад в динамику снижения тяжести аддикции, оцениваемую по обозначенным квантifiedированным мишеням.

Универсальные задачи психотерапевтического компонента в структуре MCP следующие.

Сквозной и наиболее важной универсальной задачей, решаемой в продолжение всего пребывания пациентов в программе MCP, является *форсированное развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ и агрессивному влиянию среды*.

Специально следует отметить, что в результате только что завершившегося 10-летнего исследовательского проекта были надежно идентифицированы универсальные психологические факторы риска – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, включая химическую зависимость, разработан и апробирован универсальный алгоритм форсированного развития идентифицированных свойств психологического здоровья – устойчивости; разработаны и внедрены технологии компьютерной диагностики уровней устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в химическую зависимость в различных возрастных группах (Катков А.Л., 2012).

Таким образом, главная универсальная задача профессиональной психотерапии включает и основной индикатор эффективности психотерапевтического компонента в программах MCP, научно-обоснованный и измеряемый в соответствие с требованиями доказательной практики.

Следующей универсальной задачей, также решаемой на всех этапах MCP, но имеющей совершенно

особенное значение на 1-м этапе вхождения в реабилитационную программу, является формирование адекватных представлений у лиц, зависимых от ПАВ, их родных и близких: 1) о наркологической болезни, включая так называемую, неизбежную «лестницу потерь»; 2) о характеристиках здоровья – устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость, представляемых в духе «обнадеживающей правды»; 3) о методах освобождения от зависимости и дистанции, которую необходимо преодолеть на пути от состояния болезни – зависимости к здоровью – освобождению от зависимости, понимаемого, в первую очередь, как обретение устойчивости к повторному вовлечению в потребление алкоголя или наркотиков.

Конструктивный сценарий прохождения этапов МСР, сформированный при вхождении в программу и подкрепляемый на каждом этапе её реализации, является главным фактором, профилактирующим преждевременный выход резидентов из программы, конфликты и нарушения реабилитационного режима. Реальный маршрут освобождения от зависимости с прописанными промежуточными результатами существенно повышает мотивацию пациента на достижение конечной цели и внушиает веру в то, что это возможно. Таким образом, развенчиваются скрытые или явные «пораженные» сценарии – правила, которыми обычно перегружены зависимые лица и которые являются одним из главных препятствий на пути к освобождению от зависимости.

Третьей универсальной задачей, также решаемой на всех этапах МСР, является формирование конструктивной и устойчивой мотивации:

- на получение квалифицированной и долговременной помощи в связи с теми проблемами, которые появляются с формированием химической зависимости («лестница потерь»);
- на трезвость и выполнение правил реабилитационного режима в период пребывания в программе МСР;
- на достижение полной абstinенции, участие в программах противорецидивной и поддерживающей терапии; формирование высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость (т.е. на реальное освобождение от зависимости);
- на достижение конструктивных жизненных целей, воссозданных или заново сформированных в ходе прохождения реабилитационной программы.

Эффективная реализация третьей по порядку, но не по значению задачи (квалифицированная работа с мотивационной сферой зависимых лиц – мишенью № 1 в общем перечне ключевых сфер приложения психотерапевтических технологий – является абсолютным приоритетом на первых этапах про-

грамм МСР), представляется исключительно важной ещё и потому, что такая стержневая интегративная характеристика самоорганизующей психологической активности субъекта, обозначаемая как «воля», у химически зависимых лиц страдает в наибольшей степени. И без форсированного развития и постоянного подкрепления мотивационного компонента данной интегративной функции, рассчитывать на какие-либо устойчивые результаты не приходится.

Таким образом, универсальные задачи психотерапевтического компонента в программах МСР определяют главные стратегические направления профессиональной психотерапии, ориентированные, во-первых, на достижение основного результата по освобождению резидентов от зависимости, форсированное развитие сущностных характеристик такого результата – свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость. А во-вторых – на создание наиболее оптимальных условий – форсированное развитие соответствующих когнитивных и мотивационных характеристик, способствующих эффективному удержанию зависимых лиц в программе МСР и их продвижению к намеченным целям.

Наличие проработанных универсальных задач психотерапевтического компонента МСР дополняется общим алгоритмом, облегчающим понимание того, какие технологические шаги и в какой последовательности должны быть сделаны для их эффективного решения.

Так, Ю.В. Валентиком (2002) был предложен следующий алгоритм психотерапевтической активности, имеющей отношение к развитию идентифицированных свойств психологической устойчивости, и оформленный в духе разработанной им психогенетической теории личности, – установление контакта с нормативным личностным статусом пациента; растождествление нормативного и патологического личностных статусов; эскалация внутристатусного конфликта между нормативным и патологическим личностными статусами; развитие нормативных статусов; подавление патологического личностного статуса и установление эффективного контроля над патологическим влечением к ПАВ.

Наши собственные исследования позволили установить, что идентификация и диссоциация обозначенных личностных статусов происходит существенно легче и быстрее в условиях терапевтической гиперпластики, манифестирующей вслед за «переключением» базисных адаптационных стратегий – от конфронтационных, связанных с сопротивлением, неконструктивными защитами и другими формами ригидности, к синергетической стратегии, направленной на достижение изменений. Было показано, что в условиях терапевтической гиперпластики существенно более быстрыми темпами достигается редукция патологического влечения

к ПАВ. Далее, были расширены и уточнены характеристики понятия «нормативный личностный статус» – применительно к идентифицированным факторам психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ. Итоговый алгоритм психотерапевтической активности на этапах МСР, с учётом всего изложенного, выглядит следующим образом:

- актуализация и закрепление синергетической адаптационной стратегии у пациентов, формирование терапевтической гиперпластики; редукция патологического влечения к ПАВ;
- идентификация и диссоциация основных личностных статусов – патологического и нормативного, – установление контакта (возможно, и заключение терапевтического контракта) с нормативным личностным статусом пациента;
- эскалация внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностных статусов с позитивным подкреплением нормативных характеристик личности пациента;
- полноценное развитие свойств психологического здоровья – устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, с проработкой конфликта основного жизненного сценария с дивидендами конкурирующего сценария, связанного с употреблением ПАВ, в ходе чего полностью дезавуируются внешне привлекательные аспекты суррогатного сценария;
- полноценная нейтрализация деструктивных сценарных планов с полной редукцией или установлением действенного контроля в сфере мотивации к их осуществлению;
- реализация позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, асsertивные способы реагирования, совладающие копинги) с агрессивной средой; полная редукция остаточных уровней мотивации к возврату привычных способов патологической адаптации, связанных с употреблением ПАВ.

Существенные особенности приведённого алгоритма терапевтической активности, на которые следует обратить внимание и которые, как было сказано, подкрепляются результатами репрезентативных исследований, таковы.

Это, безусловно, учитываемые факты того, что только при создании соответствующих терапевтических условий (в нашем варианте – терапевтической гиперпластики) возможно преодоление объективных трудностей в идентификации и диссоциации конфронтирующих личностных статусов. При том, что эти необходимые шаги в прежнем варианте должны были предприниматься в условиях часто актуального патологического влечения к

ПАВ, успешно торпедирующего самоорганизующую активность пациента.

Это также учитываемое обстоятельство того, что успешно конфронтировать и одерживать победу в противостоянии имеет шансы отнюдь не дефицитарный и деформированный хронической интоксикацией нормативный лик зависимого пациента. Лишь при форсированном и полноценном развитии свойств психологической устойчивости у резидента появляются шансы вначале на установление действенного контроля над своим поведением (до этого момента данную функцию выполняет механизм реабилитационного режима), а затем на полную элиминацию фрагментов патологического личностного статуса, включая сценарий повторного употребления ПАВ. Последний сценарий не растворяется и не уходит лишь под воздействием абстрактных аргументов о вреде употребления алкоголя или наркотиков. Но только лишь жёсткая конфронтация адекватно сформированного и принятого уже состоятельным нормативным ядром личности, конструктивного жизненного сценария с абсолютно реальными угрозами по отношению к этому сценарию, связанными с повторным употреблением алкоголя или наркотиков, будет способствовать искоренению мотивов к повторному употреблению ПАВ из всех осознаваемых и неосознаваемых жизненных горизонтов резидента МСР.

Последовательность реализации рекомендуемых обязательных методов психотерапии на этапах МСР, в связи со всем изложенным, следующая.

На первом этапе входления в программу МСР реализуются технологии мотивационной и когнитивно-поведенческой терапии, в основном в групповых, но также и в индивидуальных форматах. При этом на внешнем плане проводится работа с наиболее часто выносимыми проблемами эмоционального, психосоматического характера, актуализирующими патологическим влечением, проблемами адаптации и др. На внутреннем универсальном плане формируется мотивация на участие и удержание в программе, а также адекватный маршрут прохождения этапов МСР.

На втором этапе реализуются опосредованные технологии мотивационной психотерапии, классические методы когнитивной, поведенческой и групповой психотерапии. Последняя включает и вариант проблемно-ориентированной психотерапии, проводимой в групповом формате. При этом на внешнем плане психотерапевтических сессий проводится работа с проблемами межличностных, внутристичностных конфликтов, импульсивного поведения и др. На внутреннем универсальном плане продолжается работа с мотивацией на удержание в про-

грамм, сохранение трезвости, формирование конструктивного жизненного сценария; работа по освобождению от деструктивных «пораженческих» сценариев; по форсированному развитию свойств психологической устойчивости.

На третьем этапе продолжают использоваться практически все психотерапевтические технологии второго этапа. Но, кроме того, включаются методы семейной психотерапии, психической саморегуляции, экзистенциальной психотерапии. На внешнем плане здесь, чаще всего, идёт работа с ресурсными запросами, проблемами семейных отношений, формированием уверенного поведения в кризисных ситуациях. На внутреннем плане продолжается активная работа по форсированному развитию свойств психологического здоровья – устойчивости, по активной элиминации компонентов патологического личностного статуса и деструктивного жизненного сценария из всех осознаваемых и неосознаваемых жизненных горизонтов; формируются навыки конструктивной социализации.

Реализация основных психотерапевтических методов в форме двухуровневых технологий, эффективных как в отношении достижения универсальных целей, так и в плане решения актуальных проблем лиц, зависимых от ПАВ, предполагает наличие специального макротехнологического, метатехнологического и структурно-технологического построения психотерапевтической коммуникации.

Определение промежуточной и конечной эффективности используемых в программе MCP психотерапевтических методов и технологий – вопрос существенно более сложный, чем аналогичная проблема в амбулаторной практике, где психотерапия может выступать в качестве единственного метода лечения.

Между тем, по каждой из дифференцированных мишней психотерапевтического воздействия, квантifiцируемых по тяжести проявления аддикции и измеряемых современными диагностическими инструментами, например, такими как индекс тяжести аддикций (ИТА), существует возможность вычленения сегментарного эффекта любой используемой технологии, в том числе психотерапевтической, при соблюдении правил прикладной статистики.

#### **Список литературы:**

1. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества – основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями. // Ж. Профилактика и реабилитация в наркологии. – 2002. – № 1.
2. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Москва, 2002. – 256 с.
3. Катков А.Л. Методология комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ /Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2010. – Т. X, № 1. – С.34-76.
4. Катков А.Л. Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования. – Павлодар, 2012. – 223 с.

В настоящее время завершается апробация методологии комплексного определения эффективности психотерапии лиц, зависимых от ПАВ, с разработкой компьютерной версии, позволяющей прогнозировать конечную эффективность используемых технологий психотерапии с учетом дифференцированного анализа промежуточных индикаторов (Катков А.Л., 2010).

Разработана и внедрена компьютерная программа по определению уровней психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ в различных возрастных группах. С использованием данной программы может отслеживаться динамика основного индикатора эффективности психотерапии в программах медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ.

Для резидентов высокоструктурированных профессиональных программ MCP практически важным является факт того, что общий план психотерапевтического лечения должен быть составлен по принципу SMART. То есть соответствующие интервенции должны быть *специальными* – сфокусированными на определённых целях и задачах, *измеряемыми* – в очевидных для пациента индикаторах прогресса; *реалистичными* в плане его возможностей и ресурсов; *определенными во времени*, которое необходимо для достижения планируемого результата. Это даёт резидентам возможность проведения самостоятельной оценки степени достижения целей на конкретных этапах MCP и удовлетворенности результатом лечения.

Таким образом, профессиональная психотерапия в соответствующих высокоструктурированных программах медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, является главным терапевтическим стержнем, обеспечивающим выход резидентов в устойчивую и качественную ремиссию.

Включение такого главного компонента в содержание высокоструктурированных программ MCP предусматривает глубокую проработку всех прочих компонентов программы, наличие хорошо подготовленных специалистов-психотерапевтов, введение психотерапевтического режима в соответствующем отделении или центре.

---

## ПРОГРАММА «ТОЛЕРАНТНОСТЬ» КАК ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

М.А. Коновалова

г. Санкт - Петербург

Современная доминирующая в развитых странах философско-политическая парадигма подразумевает определённый образ жизни и систему ценностей. На бытовом уровне – это личная свобода, индивидуализм, высокий уровень жизни, рост потребления. На экономическом уровне – это непрерывный экономический рост, развитие, прибыль. Образ жизни, основанный на ценностях индивидуализма, неизбежно приводит к демографическому кризису, а требование непрерывного роста экономики невозможно выполнить без необходимого количества дешёвой рабочей силы. Надежда на решение этого противоречия средствами технологического прогресса на нашем историческом этапе не оправдалась. Это привело к массовой иммиграции из стран «бедного Юга» в государства «богатого Севера», и, как следствие, к обострению межнациональных и межконфессиональных отношений. Кроме этого, «высокий уровень жизни» оказался поистине главной общечеловеческой ценностью в отличие от свободы или индивидуализма. В остальном, системы ценностей у людей разных социальных, национальных, религиозных групп, их образ жизни и мировоззрение, по-прежнему, далеки от «общечеловеческих». Рост числа людей вовлечённых в экстремистские организации разного толка, в условиях нарастающего экономического кризиса с использованием современных информационных технологий может в итоге привести к развитию неконтролируемых деструктивных социальных процессов. Речь идёт о возможности настоящей социальной эпидемии, угрожающей политической и социальной стабильности в ряде стран и регионов, а главное – «жизнь и здоровье человека, вовлечённого в химическую, либо деструктивную психологическую зависимость, подвергаются реальной угрозе, а его патологическое поведение может представлять опасность для жизни и здоровья других людей»<sup>1</sup>.

В течение нескольких лет, группа санкт-петербургских психологов, под руководством доктора психологических наук, профессора А.И. Юрьева, имела возможность участвовать в экспертизе и разработке программ толерантности в некоторых субъектах Российской Федерации. Изучение мирового опыта реализации подобных программ показало, что:

– во-первых, не существует и не может существовать решения проблемы нетерпимости как таковой. Каждое общество на каждом историческом этапе своего развития выбирает заново явления, к которым оно будет нетерпимо. К. Поппер сформулировал «парадокс терпимости», суть которого в том, что «неограниченная терпимость должна привести к нетерпимости». При терпимости к нетерпимым, –

говорит он, – последние неизбежно будут одерживать верх. «Во имя терпимости следует провозгласить право не быть терпимыми к нетерпимым... Мы должны провозгласить право подавлять их в случае необходимости даже силой»<sup>2</sup>.

– во-вторых, простое копирование, даже успешных зарубежных проектов, не приводит к положительным результатам. Не смотря на общие для всех стран мира процессы глобализации, экономический кризис и другие явления, обостряющие межнациональные, межрелигиозные отношения, развитие напряжённости, на каждой территории имеет свою специфику. Исторический опыт, geopolитические обстоятельства, экономические условия, менталитет населения – всё это необходимо учитывать при разработке или адаптации методов социальной терапии. Так, например, две политические модели организации поликультурных сообществ – «мультикультурализм» и «интеграция» (или «ассимиляция») – часто необоснованно противопоставляются друг другу как нечто противоположное и несовместимое. США и Канада, государства, всё население которых, кроме индейцев, иммигранты, говорящие на разных языках, исповедующие разные религии, имеющие разный цвет кожи, обладают равными «историческими» правами на эту землю. Поэтому политика мультикультурализма наиболее адекватно отвечает интересам таких мультикультурных государств. Но эта политика предполагает наличие у жителей иерархии идентичностей, когда человек, в первую очередь законопослушный гражданин, а уже во вторую очередь член религиозной общины или этнической группы. В этом смысле иммигранты интегрируются в новое общество. По словам доктора политических наук, ведущего научного сотрудника, директора Центра изучения проблем гражданства и идентичности Института философии РАН Владимира Малахова «...американцы стали предпочитать, начиная с 70-х годов, говорить не о melting pot, a o salad-bowl, салатнице. В салатнице, в отличие от плавильного котла, видны нарезанные ингредиенты. Пусть они полны майонезом, тем не менее, они заметны. Поэтому человек может быть американцем русского или п-ского происхождения. А французский случай – это когда от вас ожидается полный отказ от всякой иной культурной принадлежности»<sup>3</sup>. В Европе, где большинство населения «аборигенное», со своей исторической памятью и культурным наследием, политика мультикультурализма адресовалась мигрантам. Владимир Малахов считает: «Мультикультурализм – это такой способ обращения с новоприбывшим населением (повторяю, речь идёт только о Европе, Америка – особый

случай), когда государство институализирует различия. Когда государство обращается с мигрантами не как с индивидами, а как с коллективами (они же – «меньшинства», они же – «этнические группы»). Эти коллективы, или группы становятся объектами поддержки и спонсирования<sup>3</sup>. Такая практика в Европе привела к культурной изоляции и отчуждению иммигрантов от коренного населения, росту взаимного недовольства и напряжённости. Именно с этим связаны нашумевшие высказывания Ангелы Меркель, Николя Саркози и других европейских политиков о провале политики мультикультурализма<sup>4</sup>.

– в-третьих, понимание нетерпимости как многофакторной проблемы, далеко не всегда присутствует у людей причастных к реализации конкретных социальных программ. Часто ощущается недостаток знаний относительно массовой психологии, что может привести к нежелательным последствиям в такой деликатной сфере. Порой отсутствует «панорамное» видение нетерпимости не только как психологической, морально-этической, социально-биологической, но и как политico-экономической проблемы. Необходимо учитывать, что межнациональные отношения развиваются под влиянием участников, преследующих свои, часто противоположные, экономические и политические интересы. Приходится признать, что есть влиятельные политические силы, заинтересованные в создании социальных предпосылок и развитии «социальных эпидемий», содержанием которых будет национальная или религиозная рознь. Это, по словам доктора медицинских наук, профессора А.Л. Каткова, один из основных мутагенных цивилизационных факторов: «Кардинальное изменение ситуации и подходов, используемых в сфере geopolитики, где появляются новые агрессивные игроки с теми же возможностями продвижения своих идей, экстремистских устремлений и глобализации влияния, которые вплоть до 70-х годов прошлого века имели лишь отдельные государства. В данной сфере совершается подлинная и нигде не афишируемая революция в плане использования технологий управляемого социального хаоса. Такого рода технологии связаны с актуализацией и направлением в нужное русло имеющегося у существенной части населения ресурсного запроса, с выводимым отсюда вполне предсказуемым повышением уровня адаптационного напряжения и вероятностью социального взрыва. Соответственно, в ситуации индуцированного хаоса гораздо легче устанавливать новый социальный порядок, отвечающий интересам основного заказчика. Такого рода глобальная как в смысле охватываемого пространства, так и в отношении используемого арсенала средств geopolитика в свою очередь стимулирует развитие манипулятивных психотехнологий, подпитывает индустрию производства нелегальных психоактивных веществ с понятными перспективами такого рода деятельности»<sup>1</sup>.

Понятие «социальные эпидемии» включают в себя наиболее деструктивные тенденции новейшего времени: эпидемию химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомании), эпидемию деструктивной психологической зависимости ( тоталитарные культуры и секты, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость), эпидемию адаптационных расстройств с проявлениями синдрома деморализации<sup>1</sup>.

В числе наиболее цитируемых факторов, способствующих вовлечению в основные типы социальных эпидемий, выделяют следующие (по мере убывания рейтинга цитируемости):

– тип адаптационных нарушений с проявлением синдрома деморализации: 1) резкое повышение агрессивности информационной среды, создающей стрессирующую реальность; 2) существенное повышение агрессивности социальной среды – высокий уровень конфликтности в макро- и микросоциальном окружении, насилия, преступности; 3) прогрессирующее разрушение экологической среды, способствующее снижению уровней физического и психического здоровья; 4) ухудшение биологического качества и адаптационных возможностей каждого последующего поколения; 5) прогрессирующая деградация института семьи, способствующая эмоциональной депривации и повышению уязвимости детей и подростков, воспитывающихся в неполных семьях; 6) резкое повышение конкурентных требований, экологический прессинг, угроза безработицы; 7) потеря социальной уверенности, отсутствие ощущения личной безопасности; 8) цивилизационные войны, способствующие чужеродной политической, идеологической, гуманистарной, экономической экспансии и разрушающие национальные культурные уклады;

– тип химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомании): 1) широкий доступ к психоактивным веществам (ПАВ); 2) значительные и расширяющиеся масштабы производства ПАВ; … 5) агрессивный характер такого рода бизнеса – использование теневых маркетинговых сетей, скрытой и открытой рекламы, возможностей информационных сетей по распространению ПАВ и др.; 6) активное формирование соответствующей подростковой и молодежной субкультуры через СМИ, интернет и другие информационные каналы; 7) кризис традиционных ценностей, формирующих социально-одобряемое поведение восходящего поколения; 8) нарастающая аномия в поведении подростков и молодежи; 9) ухудшающаяся биологическая предрасположенность (предрасположенность); 10) психопатология;

– тип религиозного и национального экстремизма: 1) унижение; 2) чувство безысходности; 3) навязываемое чувство неполноты; 4) агрессивный информационный прессинг; 5) социальная маргинализация; 6) цивилизационный кризис и

поляризация мира; 7) кризис традиционных религий; 8) эскалация религиозных и расовых конфликтов в политических целях; 9) глобальные миграционные процессы; 10) экспорт идей фундаментализма, национализма, в том числе через информационные сети; 11) стихийный или организованный протест против угрозы национальной идентичности, независимости, против чужеродной geopolитической экспансии; 12) особенности личности, психопатология<sup>1</sup>.

Психологические факторы, свойства психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- сформированность внутреннего локуса контроля;
- наличие психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария;
- наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям<sup>1</sup>.

Теоретическую модель для построения общегражданской идентичности и формирования позитивного жизненного сценария, предложил профессор Юрьев А.И. Существует три возможных уровня решения всякой проблемы – рефлекторный, тактический и стратегический.

1. Рефлекторный уровень, подразумевает непосредственный ответ на раздражающий стимул – напряжённость отношений между культурными группами на одной территории. Решение проблемы нетерпимости на этом уровне выглядит как пропагандистская кампания: «Нетерпимость – это плохо, это некультурное, нецивилизованное поведение, стыд и позор не толерантным людям. Дружба – это хорошо, нужно любить и уважать всех людей». Недостаток такого подхода заключается в том, что невозможно решить ни одну задачу хоть немного не поднявшись над ней. Упереться в вопрос толерантности, призывая, агитируя, уговаривая людей, значит напрасно потерять время и добиться обратного эффекта. Необходимо выйти за пределы задачи и увидеть ее условия шире.

2. Тактический уровень – уровень потребностей. Решая проблему толерантности на этом уровне, мы бесконечно будем говорить о том, что страна нуждается в рабочей силе, а мигрантам нужна работа, мы заинтересованы друг в друге и нам придется сосуществовать вместе. И конечно, лучше, если это будет мирное сосуществование. На этом уровне существует опасность того, что мы получим нескончаемый спор по поводу возможных альтернатив решения проблемы, сплошные возражения и раздражение (см. речь Брейвика в суде<sup>5</sup>).

3. Стратегический уровень подразумевает понимание смыслов. Россия достигла своего политического могущества, культурного расцвета, научных достижений и величайших побед, когда стала поистине мультинациональной и мультикультурной страной. Почему? Потому что это обязательное условие, без которого нации невозможно подняться на мировой уровень восприятия, осознания и решения проблем: национальных, государственных, общечеловеческих. Однако стратегический уровень подразумевает существование универсальной культуры и стройной системы ценностей, которые концентрируется в виде идеологии. Так, пролетарский интернационализм, был частью советской идеологии. Американский мультикультурализм, вырванный из контекста соответствующей идеологии и исторически сложившихся условий, неизбежно «повисает в воздухе» и становится неэффективным. Проблема толерантности в России - это, прежде всего, проблема утраты населением смысла мирного сосуществования и сотрудничества различных культурных групп.<sup>6</sup>

В практической плоскости решения проблемы толерантности в конкретном субъекте Российской Федерации, профессором Юрьевым А.И. была предложена «дорожная карта» для перехода от деклараций – к конкретике, от общих декларативных фраз – к практическим рекомендациям для конкретных людей, находящихся во вполне определённой среде.

Исследуя конкретную территорию в предвосхищении интолерантных проявлений в системе межэтнических, межрелигиозных, межсоциальных отношений, надо точно знать, что конкретно уважать и принимать на этой территории. Причём, на каждой территории эти проявления человеческой индивидуальности свои, не совпадающие с проявлениями человеческой индивидуальности на всех других территориях. Проблема заключается в том, что в силу объективных причин исторического и экономического характера, во многих российских субъектах были очень размыты, а порой и утрачены эталоны самоидентификации. Для того чтобы интегрировать приезжих в общество, – это общество надо иметь. Поэтому наши предложения были направлены в одинаковой степени, как на приезжих, так и на местных жителей. По существу – это программа реконструкции универсальной культурной матрицы, которая может «поднять» местное население и приезжих выше проявлений нетерпимости.

В целом, конкретно уважать и принимать надо:  
1) Внешний вид другого человека, 2) его Речь, 3) Поступки, 4) Достижения, к которым он стремится и которыми он гордится. Отличия между этническими, религиозными сообществами по внешнему виду, речи, поступкам и достижениями имеют ту самую конкретную форму, которая наблюдается, оценивается и поддерживается в процессе общения людей, которые должны быть терпимы к ним.

В первую очередь, на каждой территории за многовековую историю вырабатываются свои, адаптированные к её географии: а) обычаи, б) нравы, в) традиции. Они являются обязательными для выживания на этой территории, как теплая одежда в холодное время года. Они то и проявляются в конкретной внешности, речи, поступках, характерных для этой территории достижениях, к которым надо проявлять толерантность. Это наиболее устойчивые и неизменные характеристики, отображающие субъективную внутреннюю жизнь территории, города, сельской местности (см. таблицу 1).

Во вторую очередь, предметом толерантности являются такие конкретные особенности людей на территории, которые выражают специфическую сущность каждого нового поколения населения территории и характеризуют объективную сторону жизни людей, направленную во внешний мир. Мир изменяется, на каждом участке планеты люди занимаются хозяйственной и культурной деятельностью, которая адекватна времени, экономике, но с учётом географии территории. Это: г) вкусы, д) привычки, е) предпочтения, которые тоже проявляются во внешнем виде, речи, поступках и желательных достижениях (см. таблицу 2).

В третью очередь, толерантность обнаруживается в принятии особенностей жизни конкретного человека, которые связывают внутреннюю и внешнюю жизнь территории, обеспечивая её единство. Но ведущая роль принадлежит традиции территории, которая определяет сохранность и жизнестойкость его населения. Это: ж) стремления, з) желания, и) увлечения человека, которые проявляются в его индивидуальном поведении. В рамках географичес-

ких, экономических, культурных возможностей, которых требует территория для выживания, каждый человек избирает свой собственный жизненный путь, требующий уважения. Это означает, что каждого конкретного человека отличает его внешний вид, речь, поступки и достижения (см. таблицу 3).

Графы всех трёх таблиц заполняются в соответствии с конкретными обычаями, нравами, традициями, вкусиами, привычками, предпочтениями, стремлениями, желаниями и увлечениями, проявляющимися во внешнем виде, речи, поступках, достижениях жителей территории, строящей собственную гражданскую идентичность и толерантность, как её часть. В соответствии с содержанием таблиц подбираются соответствующие информационные материалы для распространения. Толерантность – это инструмент сохранения естественных условий для того, чтобы безболезненно жить, успешно хозяйствовать, быть счастливым.

Главным принципом работы в такой тонкой области, как межнациональные отношения, должен быть принцип – *не навреди*. Полезно вести работу по минимизации упоминаний о межнациональных проблемах. Психологические и социологические исследования, проведённые в рамках проекта Буриковой И.С. и Пушкиной М.А., показали, что граждане России в своём большинстве толерантны. Проблема межнациональных отношений не выходит в первые ряды по рейтингам насущных проблем, однако в ситуации моделированного конфликта провоцирует резкие высказывания и дестабилизацию психологического состояния. Поэтому недопустимо в подобных программах использовать прямолинейные и примитивные способы воздействия, гру-

*Конкретные устойчивые и неизменные характеристики – объекты толерантности*

№	Параметры	Речь	Внешний вид	Поступки	Достижения
1	Обычаи				
2	Нравы				
3	Традиции				

*Конкретные характеристики нового поколения людей на территории*

№	Параметры	Речь	Внешний вид	Поступки	Достижения
1	Вкусы				
2	Привычки				
3	Предпочтения				

*Конкретные характеристики жизни конкретного человека*

№	Параметры	Речь	Внешний вид	Поступки	Достижения
1	Стремления				
2	Желания				
3	Увлечения				

бые, резкие образы, конфликтные сами по себе. Частные критерии, которым, по нашему мнению, должны соответствовать любые информационные материалы в рамках социальной терапии, таковы:

1) *объективность* – достоверность и полнота информации. Текст (изображение) исходит из объективной оценки ситуации в городе, измеренной научными методами и ни в коем случае, не полученной из СМИ;

2) *прогностичность* – текст (изображение) должен иметь прогноз его применения, который должен быть получен методом опроса экспертов по поведению человека и фокус-групп;

3) *организованность* – текст (изображение) должен учитывать место проблемы толерантности среди других проблем города, которые могут быть многое острее толерантности;

4) *достаточность* – текст (изображение) должен содержать минимум необходимой информации, необходимой для выполнения его функции; необходимо исключить его двусмысленное толкование;

5) *ясность* – текст (изображение) должен быть читабельным, не содержать новых для массового читателя терминов или идей, но дающим чётко спроектированные алгоритмы толерантного поведения;

6) *конкретность* – текст (изображение) должен быть тождественным реальному состоянию проблемы в городе в реальном времени и пространстве, не переоценивая среди других проблем;

7) *практичность* – текст (изображение) не должен быть абстрактным, чрезмерно обобщенным до невыполнимости, а предлагать реально выполнимые

действия, которые проявляются в процессе реального поведения;

8) *необходимость* – текст (изображение) должен содержать всю информацию, без наличия которой невозможно достижение обозначенной цели.

Мы в своей работе стремились взывать к высоким чувствам и мыслям, к усилению чувства собственного достоинства горожан и приезжих, стремились создать атмосферу взаимного уважения, спокойствия и уверенности в себе. Акцент делался на правилах жизни в городе, образе жизни представителя конкретного региона вне зависимости от его национальности и вероисповедания.

Предлагаемая нами технология усиления и поддержания толерантности имеет в основе идею гармоничного целого (гармонии), которая сформулирована ещё Гераклитом Темным в V в. до н.э.: «Неразрывные сочетания образуют целое и нецелое, сходящееся и расходящееся, созвучие и разногласие, ИЗ ВСЕГО ОДНО И ИЗ ОДНОГО ВСЁ образуется.» Позднее А. Тирш говорил: «Гармония есть результат повторения основной формы объекта в его частях». «Принцип повторяемости означает единство по ведущему признаку»<sup>7</sup>.

Все специалисты, работающие в области толерантности, говорят об опыте гармонизации межэтнических отношений как главном условии перехода от политики плавильного котла к политике мультикультурализма и интеграции (ассимиляции). Ключевое слово здесь – гармонизация, которое очень слабо, пока, представлено в большинстве официальных программ, посвященных толерантности.

#### *Список использованной литературы:*

1. Катков А.Л. *Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования*. – Павлодар, 2012.
2. Поппер К. *Открытое общество и его враги*. – М., 1992. – Т. 1.
3. <http://polit.ru/article/2012/01/27/malakhov/>
4. <http://www.youtube.com/watch?v=c2YInTzRqeA>
5. <http://www.smp.no/nyheter/terrorsaken/article451361.exe>
6. Стратегическая психология глобализации: Психология человеческого капитала / Под ред. Юрьева А.И. – СПб., 2006.
7. Ганзен В.А. *Системные описания в психологии*. – Л., 1984.

## **МАССОВАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ, КАК СОВРЕМЕННЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПОДДЕРЖАНИЯ ПОЛИТИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ**

М.А. Пушкина

старший научный сотрудник Лаборатории политического консультирования факультета политологии Санкт-Петербургского Государственного Университета, кандидат психологических наук

*Вместо введения. Современные коммуникационные процессы и психология страстей человека*

Данная статья объединяет два понятия – психолого-политическая стабильность страны и социальная психотерапия. Необходимость такого подхода

да вызвана тем, что мир претерпевает грандиозные изменения, связанные в первую очередь с качественным изменением процессов коммуникации. Выработанные тысячелетиями механизмы поддержания политической стабильности в современном мире не

работают, так как старые механизмы не рассчитаны на качественно новые способы коммуникации.

Коммуникация стала массовой. В первую очередь нужно вспомнить инструменты односторонней коммуникации /ретранслятор – реципиенты/ – телевидение и радио. Общение одновременно происходит с миллионом и даже с миллиардами людей. Так, по оценкам организаторов открытие XXX Олимпийских игр в Лондоне в 2012 году одновременно смотрели 4 миллиарда людей. Хотя, возможно, цифры преувеличены. Телевидение меняют картину мира человека [1]. Так как технические средства позволяют общаться человеку с давно умершими людьми, заглядывать в микро и макро миры, путешествовать, не выходя из комнаты, моделировать мир будущего и прошлого. Это не говоря уже, об информационном давлении на человека, когда зрительской аудитории в агрессивной манере навязываются определённые религиозные, общественные, политические суждения.

Однако самые грандиозные изменения процессов коммуникации происходят с распространением интернета. И эти изменения не так безобидны для человека, как казалось изначально. Коммуникация стала не просто массовой, но и двухсторонней, точнее многосторонней [2]. Все общаются со всеми. Ретрансляторы одновременно являются реципиентами и наоборот. Технические средства позволяют не обращать внимания на территориальные и языковые границы. Расстояние и время для субъектов коммуникации становятся условными понятиями.

Самое неприятное то, что коммуникация в современном мире построена на психологии страсти человека. Технические средства изменились, а человек остался практически тем же. /Пока мы не будем обращать внимание на слово «практически», позже можно будет подискутировать на тему о том, какие базовые психофизиологические и психологические характеристики человека изменили. Но те психологические свойства человека, которые важны для рассуждения в этой статье остались неизменными./ По-прежнему поведение человека во многом зависит от эмоций, которые он испытывает. Чтобы заставить человека принять то или иное решение, согласиться с той или иной точкой зрения, сделать то или иное действие, нужно для начала поместить человека в определённую эмоциональную среду, то есть вызвать у него эмоции. И чем более яркие эмоциональные переживания испытывает человек, тем более управляемым он становится, менее критично относится к манипуляционным воздействиям, проще принимает чужую точку зрения, легче совершает требуемые действия. Поэтому все процессы современной коммуникации завязаны на том, чтобы заставить реципиента испытывать эмоции, по силе своей переходящие в страсть. Стоит напомнить, что, согласно психологии человека, негативные эмоции вызвать гораздо проще, чем по-

ложительные переживания. И современные методы коммуникации подстраиваются под это требование. Приходя в интернет для получения новой информации или, просто общаясь в интернете, человек окунается в океан негативных страстей. Получается, что все общаются со всеми на повышенных эмоциональных тонах, на негативе. Фактически, кто эмоциональней, тот и прав. Такого рода коммуникация разрушительно действует на психику человека.

При этом человек может общаться в интернете, как от своего имени, так и инкогнито, что снимает любые моральные запреты и социальные ограничения. Такого рода коммуникация привела к тому, что размылось понятие «авторитетное мнение», традиционные для общества смыслы и ценности массово подвергаются сомнению, а их носители испытывают давление, постоянно проходя проверку на прочность своих убеждений.

Итог, современные коммуникационные процессы заставляют человека жить страстями, жить негативными эмоциями. Даже сами понятия «добра» и «зла» размываются. Информационно-эмоциональный хаос приводит к повышенной психологической уязвимости реципиента: нам страшно, мы испытываем зависть, злобу, восторг, хотим активных действий, чтобы избавиться от негативных эмоций, наказать виновных и всё это является фоном современной жизни. У общества нет ориентиров – что плохо, а что хорошо. Возникает вопрос, как в таком информационно-эмоциональном хаосе поддерживать идентичность населения, без которой не может быть целостности страны. Как помочь населению ориентироваться. Выход – массовое применение социальной психотерапии.

### **Модель психолого-политической стабильности населения профессора А.И. Юрьева**

Понятие «Политическая стабильность» – широко распространенный термин в современном политическом дискурсе. С точки зрения политологии, «политическая стабильность» – это признак государства, который обусловливает протекание политических и социальных процессов. Необходимо достижение нескольких условий для установления «политической стабильности». Одно из условий – это легитимность государственной власти. К сожалению, политологический подход не даёт возможности эмпирических измерений политической стабильности. Политологический подход подразумевает экспертный анализ макроуровня развития страны или региона в зависимости от поставленной задачи.

Профессор, доктор психологических наук Александр Иванович Юрьев предложил психологический подход к оценке политической стабильности. Политическая стабильность рассматривается, как психологическая способность населения сохранить спокойное поведение, невзирая на внешние или

внутренние неблагоприятные условия [6]. Политическая нестабильность развивается только в тех случаях, когда масса людей психологически подготовлена агрессивно реагировать на любые общественно-экономические события.

Политическая стабильность имеет в основе естественные психологические причины. Применяя психологические методы анализа ситуации, в частности, анализ состояния населения, мы можем получать количественные оценки политических явлений. Организация модели психолого-политической стабильности, предложенная А.И. Юрьевым, сходна со схемой теста MMPI. Блоки схемы имеют психологическое содержание, близкое к содержанию соответствующих шкал Миннесотского опросника. Известно, что оценивать личность человека можно только лишь по сочетанию параметров всех шкал опросника, которые обычно представляются в форме «профиля личности», из формы которого следует психологическая характеристика ее обладателя. По мнению А.И. Юрьева, нечто подобное обязательно должно применяться при измерениях таких явлений как политическая стабильность. В таблице 1 показано соответствие критериев оценки состояния населения по модели А.И. Юрьева шкалам Миннесотского опросника.

#### Описание шкал психолого-политической стабильности

1. *Политическое безразличие* (пассивное, созерцательное отношение к проблеме) проявляется в снижении общего эмоционального тонуса людей, вовлекаемых в политический процесс. Развито недоверие к руководителям государства, партиям, даже друг к другу. Люди в этом состоянии имеют сниженную общественную активность, усиливающуюся склонность к переживаниям по любым поводам. В целом политическое безразличие характеризуется синдромом тотального общественно-политического пессимизма. Решения принимают в состоянии, слишком близком к бессвязному политическому мышлению. Поддерживается дезорганизующей информацией. Необходимо уточнить, что речь не идет

о бессвязном мышлении, как медицинском явлении, характеризующем вариант общего нарушения процессов мышления у больного человека, а речь идет о бессвязном мышлении как о варианте нарушения понимания здоровым человеком только политических реальностей. Также и далее.

2. *Политический консерватизм* (любой ценой избежать конфликта, заслужить одобрение окружающих).

В основе политического консерватизма лежит стремление почти любой ценой избежать социальных конфликтов. Защищаются от политического напряжения поиском моральных опор типа верности гражданскому, профессиональному долгу, высоким нравственным ценностям. На фоне нарастающей всеобъемлющей тревожности люди стремятся координировать свое поведение с мнением других. Крайним выражением политического консерватизма может стать компульсивная идея. Провоцируется дезинтегрирующей политической информацией.

3. *Политическая адаптивность* (завоевание симпатий, потребность быть сопричастным и необходимым) проявляется в стремлении быть сопричастным к изменениям в обществе. Ситуация вынуждает выглядеть необходимыми для политически активной части населения, вызывать у нее симпатии. Граждане усваивают внешние атрибуты политической лояльности, демонстрируют исполнение новых ритуалов политического поведения, воспроизводят содержание и форму одобряемых высказываний. Политическая адаптация развивается на фоне сильнейшей эмоциональной нестабильности. Необходимость совмещать несовместимое – личные убеждения и противоречащее им поведение – может приводить к эффектам разорванного политического мышления. Усиливается потоком дискредитирующей информации.

4. *Политическое иждивенчество* (перекладывание ответственности на плечи других людей) берет начало в стремлении уклониться от ответственности за политические стороны жизни общества.

Таблица 1

Критерии оценки состояния населения (психолого-политическая стабильность) по модели проф. А.И. Юрьева	Соответствие шкалам Миннесотского опросника
Политическое безразличие	<b>Депрессия – 2D</b>
Политический консерватизм	<b>Психоастения – 7Pt</b>
Политическая адаптивность	<b>Истерия – 3Ny</b>
Политическое иждивенчество	<b>Ипохондрия – 1Hs</b>
Политический радикализм	<b>Психопатия – 4Pd</b>
Политическая инициатива	<b>Маниакальность – 9Ma</b>
Политическое соперничество	<b>Паранойя – 6Pa</b>
Политическое творчество	<b>Шизоидность – 8Sc</b>

Это заставляет осуществлять интенсивный контроль над всем происходящим вовне и вести неустанный самоконтроль всех собственных поступков, которые могут быть квалифицированы как политические. Стремление постоянно маскироваться развивает разорванное политическое мышление. Политическое иждивенчество является продуктом политической дезинформации.

5. *Политическая инициатива* (активное участие в проблеме) возбуждается сильным политическим оптимизмом, который Насс и Кабанис именовали «революционным неврозом». Сопровождается активной вовлеченностью в жизнь общества, ничем неоправданной уверенностью в успехе, склонностью беззастенчиво, чрезмерно бегло судить обо всём, что касается политики. Повышенная эмоциональность и перемены в настроении характеризуют состояние политической инициативы. В переломных моментах истории обнаруживаются симптомы сверхценной политической идеи. Связано с дезориентирующей политической информацией.

6. *Политический радикализм* (стремление доминировать быть в центре внимания) появляется на фоне стремления к психологическому доминированию. Сочетается со склонностью к риску в области эмоциональных отношений с людьми и со склонностью к риску своего поведения вообще. В своей основе политический радикализм часто имеет неуважение к традициям, авторитетам, установленным нормам поведения. Политическому радикализму сопутствует неумение повиноваться любой власти. Обнаруживается в периоды существенного экономического, социального напряжения в обществе. Сопровождается неспособностью контролировать эмоциональные отношения с другими людьми. Навязчивая идея в политическом радикализме поддерживается дестабилизирующей политической информацией.

7. *Политическое соперничество* (стремление заразить идеей и вести за собой) проявляется в догматическом упорстве, с которым отстаивается приватность своей точки зрения, право на лидерство в политической жизни. Характеризуется пренебрежением к размерам и масштабам жертв, трудностей, чрезмерностью цены, которую приходится платить за самый незначительный успех. Сопровождается скрупулёзными, педантичными поисками малейшей возможности победить в борьбе за власть. Сочетается с крайней подозрительностью, ригидностью в понимании политических реальностей. Осуществляется под воздействием деморализующей информации, приводящей к скачкам политических идей.

8. *Политическое творчество* (своеобразное, необычное решение проблемы) ориентировано на завоевание авторитета за счёт демонстративного

несогласия с общепринятыми представлениями, необычности проектов устройства общества. Оторванность от реальности в сочетании с эмоциональной холодностью представляют главную его особенность. В политическом творчестве возможно возникновение бредовых политических идей на фоне широкомасштабной фальсифицирующей информации.

В дальнейшем, выделенные профессором А.И. Юрьевым критерии оценки психолого-политической стабильности разнесены на две категории: (1) уровень социальной подчиненности населения и (2) уровень социальной агрессивности населения. Это разделение сделано по аналогии классическими подходами к исследованию структур личности, что социальная подчиненность определяется совокупностью параметров D, Pt, Hu, Hs, а социальная агрессивность совокупностью значений Ma, Pd, Pa, Sc. Политическая стабильность оценивалась измерением равновесия между параметрами социальной агрессивности населения (A) и параметрами потенциальной агрессивности населения (B) (рисунок 1).

Уровень социальной агрессивности населения измеряется в таких параметрах, как мера политической инициативы, политического радикализма, политического соперничества и политического творчества. Уровень психолого-политической подчинённости изменяется такими параметрами, как мера политического безразличия, политического консерватизма, политической адаптивности и политического иждивенчества. Повышенные показатели, как по уровню социальной агрессивности населения, так и по уровню социальной подчиненности населения одинаково негативно сказываются на ситуации в обществе.

*Коэффициент политической стабильности* равен уровню социальной агрессивности населения, поделённому на сумму уровня социальной агрессивности и уровня социальной подчиненности населения ( $\text{ППС} = A/(A+B)$  – метод подсчёта пропорций золотого сечения).

*Социальная агрессивность населения (A)* = политическая инициатива + политический радикализм + политическое соперничество + политическое творчество

*Социальная подчиненность населения (B)* = политическое безразличие + политический консерватизм + политическая адаптивность + политическое иждивенчество

*Интервал нормальных значений ППС:* 0,382–0,618. При этом если коэффициент приближается к отметке 0,618 и выше, то можно говорить о высокой политической агрессии населения, что приводит к дестабилизации ситуации. Люди с оружием в руках готовы отстаивать свои цели, принципы и идеалы, когда начинаются локальные или массовые беспорядки, гражданские акты неповиновения, стихийные столкновения на межнациональной, религиозной, социальной или политической почве.



Рисунок 1. Измерение равновесия между параметрами социальной агрессивности населения (A) и параметрами потенциальной агрессивности населения (B)

Если коэффициент политической стабильности снижается до отметки 0,382 и ниже – это говорит о высоком уровне подчиненности населения, когда наблюдается отсутствие у граждан страны смысла, ценностей и целей жизни, в конечном счете, отсутствие интереса к жизни. При этом очень опасно мнимое внешнее впечатление полного подчинения населением политической ситуации. Это мнимое одобрение на самом деле является показателем полного отсутствия доверия к политическим процессам, к системе политической власти и связанные с этим неуверенность в завтрашнем дне, боязнь будущего. Количество человеческих жертв при высоком уровне политической подчинённости сравнимо с количеством жертв при активных военных действиях, так как потеря смысла жизни, отсутствие перспектив и уверенности в будущем является для личности саморазрушающим фактором. Как итог – жизнь по принципу сегодняшнего дня – это абсолютное пренебрежение личной безопасностью и подменой истинных ценностей (труд, любовь, семья) сиюминутными удовольствиями.

Таким образом, о легитимности государственной власти мы можем говорить, когда коэффициент политической стабильности населения находится в пределах 0,382-0,618. Процесс делегитимизации го-

сударственной власти происходит, как при высоком уровне политической подчиненности населения, так и при высоком уровне политической агрессивности населения.

#### Уровень психолого-политической стабильности в стране и оценка психологического состояния населения

Коллективом специалистов под руководством профессора А.И.Юрева с 2004 года проводились регулярные замеры уровня психолого-политической стабильности на одной и той же территории в г. Санкт-Петербурге. Последний замер был проведен осенью 2010 года (рисунок 2).

В 2010 году анализ психологического состояния населения г. Санкт-Петербурга говорил о доминировании тенденции социальной подчиненности. Население демонстративно подстраивает свое поведение под принятые в обществе нормы, даже при наличии внутреннего протеста и несогласия с этими нормами. Психолого-политическую стабильность населения обеспечивали высокие показатели по трём шкалам: политического консерватизма, политической адаптивности, политического иждивенчества. То есть от власти в 2010 году ждали благ и чуда, люди боялись измене-



Высокие показатели по этим трем шкалам в 2010 году обеспечивали высокий уровень психолого-политической стабильности населения. Данные объективных замеров психологического состояния населения

В 2011 – 2012 году показатели политического консерватизма, адаптации и иждивенчества резко снизились по данным экспертных оценок.

*Рисунок 2. Регулярные замеры уровня психолого-политической стабильности на одной и той же территории в г. Санкт-Петербурге*

ний, поэтому никаких дестабилизирующих действий не предполагалось. Население в 2010 году готово было сохранить спокойное поведение, несмотря на дестабилизирующие воздействия и провокации из вне.

В 2011-2012 году психологическое состояние населения претерпевает очень серьёзные изменения. Во многом это связано с вектором контекстного наполнения коммуникационных процессов. Стала подвергаться сомнению возможность власти сделать что-то благое для населения, а идея революционных изменений стала популяризоваться, как единственный безопасный выход из ситуации. В итоге, мы имеем дело с совершенно новым населением, чем тем, что было в 2003, 2007 годах. С сентября 2011 года шёл рост радикальных настроений. Накал радикальных настроений жителей Санкт-Петербурга пришёлся на декабрь 2011 года – это выборы в Государственную Думу Российской Федерации и Законодательное Собрание г. Санкт-Петербурга. В ходе выборов представители провластной партии «Единая Россия» не смогли эффективно ответить на запросы населения и политическое настроение, не учили растущий уровень радикализма.

Стоит заметить, что на данный момент времени – в сентябре 2012 года – уровень политического радикализма у населения перестал расти, но остаётся по-прежнему высок. Наличествует усталость общества от радикальных «выходок» и провокаций. Однако идёт другой неприятный процесс в общественном мнении – с лета 2012 года у населения начали

исчезать иждивенческие настроения в отношении власти. От власти уже ничего не ждут и главное - не хотят и не надеются на власть. Власть представляется «пятой» ногой у собаки, она не то, что помогает, она мешает, делает собаку уродливой... К сожалению, это означает, что теряется последняя основа, когда население видит целесообразность поддержания политической стабильности.

Итог в 2012 году (по крайней мере, на территории Санкт-Петербурга) – мы имеем население, которое психологически уже не способно поддерживать политическую стабильность.

#### **Применение массовой социальной психотерапии для оптимизации психологического состояния населения и поддержания политической стабильности**

Моральная основа написания данной статьи – это противостояние разрушительным процессам в обществе, связанным с негативными изменениями психологического состояния населения, которые могут привести к погромам, кровопролитию, всеобщей ненависти.

Массовая социальная психотерапия рассматривается как комплекс мер, разработанных по одной концепции – усиление человека, противостоящего внешним угрозам. То, что человека можно усилить, в том числе и форсированными методами социальной психотерапии, доказывают, как европейские

исследователи, так и специалисты русскоязычного пространства. Феномен индивидуальной устойчивости к агрессивным воздействиям внешней среды обеспечивается комбинацией определённых личностных свойств, гармоничное развитие которых ведёт к закономерному снижению рисков вовлечения в химическую (алкоголизм, наркомания) и психологическую (деструктивные и тоталитарные религиозные секты, экстремистские, террористические и криминальные организации) зависимости. В частности, была показана универсальная сущность феномена психологической устойчивости по отношению ко всем типам зависимостей – психологической и химической, а также продемонстрированы возможности выведения универсальных алгоритмов и технологий эффективной первичной профилактики вовлечения в эпидемии наркотической и психологической зависимости и реабилитации зависимых лиц (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2004, 2005; Пак Т.В., 2004; Титова В.В., 2004; Нургазина А.З., 2006).

*Цель массовой социальной психотерапии* – оптимизация психологического состояния населения. В России в своё время были потеряны советские смыслы жизни, цели и ценности. Новые смыслы и ценности, не успев сформироваться, подвергаются нападкам по средствам современных процессов коммуникации. Отсутствие смыслов и ценностей порождают страхи, эмоциональное напряжение, агрессивные реакции и, как итог, конфликты [5, 8, 9, 10, 11]. Всё это многократно усиливается современными процессами коммуникации. Агрессивные реакции, мобилизованные все теми же коммуникационными процессами, выражаются в конкретном групповом поведении.

*Задача массовой социальной психотерапии* – передача навыков и правил общения, механизмов ненасильственного решения конфликтов, правил снятия эмоционального напряжения, то есть передача навыков разрешения актуальных существующих конфликтов наподобие реальной психотерапии, где клиент приходит со своей проблемой, и она решается терапевтом.

*В разработанной концепции массовой социальной психотерапии необходимо отразить:*

- цель терапии – каких реакций от населения необходимо добиться (какого поведения, образа мысли, выражения эмоций);
- конечный результат (какое состояние населения необходимо получить в итоге);
- выработать критерии оценки эффективности социальной психотерапии;
- разработать технологии реализации.

*Технологии работы массовой социальной психотерапии* могут быть разнообразны от телевизионных программ до первичной психологической помощи – открытие и популяризация психологических центров, обучающие семинары для учителей, как повышение квалификации, развитие интернет-проектов и т.д.

## Кто является клиентами массовой социальной психотерапии

В статье М.А. Коноваловой «Особенности современного клиента психологического консультирования» говорится о широком пласте людей, которые лишены возможности обращения к психологам и психотерапевтам за квалифицированной помощью. «Ещё одна группа клиентов, которую, с формальной точки зрения, к «клиентам» отнести нельзя. Это огромное количество людей, безусловно, нуждающихся в психологической помощи, но которые её не получат. Клиенты из этой группы отличаются как дефицитом знаний о работе психологов, так и дефицитом денежных средств» [4]. Но эти люди не готовы прийти на приём к психотерапевту из-за багального отсутствия информации или неправильного представления о деятельности психотерапевта, а также из-за отсутствия денег. В статье «Социальные эпидемии (аналитический обзор)» Катков А.Л. приводит количественные оценки необходимого масштаба психотерапевтической помощи населению России: «В профессиональной психотерапевтической помощи в каждый момент времени нуждаются: от 10% до 12% населения в связи с имеющимися у них субклиническими и пограничными формами психических расстройств; от 15% до 17% населения в связи с гипертрофированными реакциями психологической адаптации и низким уровнем психологического здоровья» [3].

## Отличия массовой социальной психотерапии от классической терапии

Первое отличие – это специфический канал общения психотерапевта и группы клиентов [7]. При массовой социальной психотерапии может не быть прямого общения клиент – психотерапевт. Общение может происходить в одностороннем порядке через посредничество средств массовой информации. Телевидение – от художественных фильмов до работы в прямом эфире психотерапевта со звонками телезрителей. Радио – варианты художественных постановок с участием психотерапевта, как консультанта; программы, посвященные обсуждению современных психологических проблем населения или ответы психотерапевта на вопросы в прямом эфире. Печатные периодические издания – рассказы и классические рубрики «Ответы психолога» и т.д. Интернет – как вариант более интенсивного общения клиента и психотерапевта.

Второе отличие – это работа с большой группой людей. На сеансе у психотерапевта в условиях социальной психотерапии находится одновременно десятки тысяч людей с разной степенью включённости в обсуждаемую проблему, с разными изначальными условиями появления проблемы и сопутствующими сложностями. При этом психотерапевт не

может контролировать то, что происходит с его «клиентами» во время сеанса.

Третье – использование в работе рекомендаций - шаблонов для выхода из психологически сложных ситуаций. Разное состояние «клиентов» не позволяет детально разбирать предлагаемые психологически сложные ситуации и искать индивидуальные подходы к решению проблемы. Необходимые обобщенные рекомендации, которые смогут использовать большинство «клиентов» в жизни для преодоления психологических сложностей.

Четвертое – это отсутствие обратной связи с «клиентами». Массовая социальная психотерапия не подразумевает отслеживание дальнейшей судьбы «клиентов» в индивидуальном порядке. Крайне сложно отследить, как изменится психологическое и эмоциональное состояние людей. Скорее всего, понадобится разработка отдельных исследовательских программ для оценки изменений состояния населения после проектов, связанных с дистантным психологическим консультированием.

Пятое отличие – высокий уровень ответственности и профессионализма, необходимый для работы психотерапевта в условиях массовой социальной психотерапии. Даже не видя и не зная лично своих «клиентов», психолог-консультант, психотерапевт несёт ответственность за последствия тех изменений, которые произошли с каждым человеком после сеансов массовой социальной психотерапии.

### **К вопросу о моральных аспектах применения массовой социальной психотерапии**

Работая с идеей массовой социальной психотерапии, неизменно встаёт вопрос о том, кто будет решать какие именно шаблоны поведения передавать населению в процессе психологической работе? Как такая работа сочетается с вопросами прав человека? Не будет ли это во вред человеку? Однозначного ответа на эти вопросы нет.

Необходимы консультации специалистов по созданию правил проведения массовой социальной психологической терапии. Нужен моральный кодекс работы. Алгоритм работы видится так: разработка концепции психотерапии, включающей указанные выше аспекты (цель, задачи, результат, конкретные технологии, критерии оценки эффективности).

Нет сомнения в двух аспектах.

1. Психологическое состояние населения требует коррекции. Иначе мы столкнёмся с бытовым проявлением радикальных настроений, с кровавыми конфликтами или с ростом социальных эпидемий (наркотики, алкоголизм, попадание в секты, расизм и т.д.), уровень которых уже будет угрожать безопасности страны.

2. В современном мире, с современными коммуникационными процессами, нужны новые механизмы массовой работы с психологическим со-

стоянием населения. Традиционные методы и технологии оптимизации психологического состояния населения малоэффективны в масштабах страны или же эти технологии требуют адаптации к новым современным коммуникационным процессам не только с точки зрения технологий, но и с точки зрения психологии человека.

#### **Список использованной литературы:**

1. Бурикова И.С., Пушкина М.А., Юрьев А.И. *Психологические закономерности построения телевидения будущего. Психология глобальных изменений зрительской аудитории* // Вестник Санкт-Петербургского университета, 2008, Сер.6, Вып. 4.
2. Глобализация: результаты ее воздействия на жизнь и сознание людей. Интервью с Дэниелом Пинком, 2006.
3. Катков А.Л. *Социальные эпидемии (аналитический обзор)* – М., 2009.
4. Коновалова М.А. Особенности современного клиента психологического консультирования // В материалах Всемирного конгресса русскоязычных психотерапевтов и консультантов «Языки психотерапии». Москва, 9-10 октября 2010 г.. – М., 2010.
5. Коновалова М.А., Пушкина М.А., Юрьев А.И. Смысл жизни как методологическая основа формирования жизнеспособности государства. // Материалы ежегодной психологической конференции «Ананьевские чтения – 2009», СПбГУ.
6. Пушкина М.А. Опыт диагностики психолого-политической стабильности (на материалах г. Санкт-Петербург, 2004-2005 гг.), // Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. психол. наук., под научным руководством проф. А.И. Юрьева. — СПб., 2006.
7. Пушкина М.А. Понятие смысла жизни и жизнеспособности при массовом дистантном психологическом консультировании. // В материалах Всемирного конгресса русскоязычных психотерапевтов и консультантов «Языки психотерапии». Москва, 9-10 октября 2010 г.. – М., 2010.
8. Пушкина М.А. Принципы государственной политики по формированию жизнеспособного населения (смысл жизни, образ жизни, быт), не восприимчивого к социальным эпидемиям. // В материалах конференция «Перспективы развития политической психологии: новые направления», МГУ, Москва, 22-23 октября 2010 г. Под ред. проф. Шестопал Е.Б. – М., 2010.
9. Юрьев А.И. Введение в политическую психологию. – СПб., Изд. СПбГУ, 1992.
10. Юрьев А.И. Психологово-политические угрозы глобализации // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 6. – 2006. – выпуск 3. – С. 131-142.
11. Юрьев А.И. Строительство гражданина. // Стратегия России – 2004 – № 6. – С. 11-20.

---

---

## ТЕЛЕ-, РАДИО- И ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ: МОДЕЛЬ МАССОВОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И ЕЁ АПРОБАЦИЯ

В.В. Титова

доцент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, кандидат медицинских наук

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый четвёртый житель Земли страдает тем или иным психическим расстройством, каждый второй имеет шанс заболеть психическим расстройством в течение жизни. Вместе с тем, общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала (WHO, 2005). В Отчёте о Европейской конференции ВОЗ «Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения», отмечается: «Психическое здоровье в настоящее время относится к числу наиболее серьёзных проблем современности».

Известно, что за прошедшее столетие распространенность психических расстройств существенно возросла: заболеваемость психотическими расстройствами повысилась в 3-7 раз, а расстройствами непсихотического уровня и аддиктивными расстройствами – более чем в 40 раз [1]. И это несмотря на постоянные усилия по развитию и совершенствованию системы охраны и укрепления психического здоровья. Оценивая величину экономического и социального ущерба, привносимого проблемами, связанными с низким уровнем психического здоровья, Всемирный Банк и Гарвардский университет (США) считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» психического здоровья, и этот кризис оказывает влияние на жизни более чем четверти миллиарда людей (Всемирный день психического здоровья, 2000).

В настоящее время в мире 450 миллионов человек страдают психическими расстройствами: в том числе 160 миллионов человек страдают депрессивными и тревожными расстройствами, 70 миллионов – алкоголизмом, 50 миллионов – эпилепсией, 24 миллиона – шизофренией. Психоневрологические расстройства являются, второй по значимости, причиной бремени болезней в Европе после сердечнососудистых заболеваний. На долю психоневрологических расстройств приходится также более 40% от числа всех хронических заболеваний, и они являются важнейшей причиной снижения качества жизни в связи с инвалидностью. Во многих странах 35-45% случаев невыхода на работу связаны с проблемами психического здоровья (Отчёт о Европейской конференции ВОЗ, 2005). По данным 1-го Национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе» (2005), ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубий-

ством, а ещё 20 миллионов человек совершают суицидальные попытки. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия будет занимать первое место среди заболеваний по длительности нетрудоспособности в году.

По оценкам экспертов, распространённость психических расстройств, не достигающих психотического уровня, в России охватывает более 30% взрослого населения [2, 4, 5, 6, 8, 9, 11]. По разным данным, от 30% до 50% лиц, обращающихся за помощью в поликлиники и стационары, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами [7]. Скрытая заболеваемость предполагается ещё выше, поскольку донозологические формы нарушений психической адаптации, как правило, не могут быть учтены, а люди, впервые столкнувшиеся с переживанием психических расстройств, нередко не способны идентифицировать их самостоятельно, и не обращаются к специалистам [1]. Проведённые в последние годы масштабные эпидемиологические исследования показывают, что в психотерапевтической помощи нуждается, как минимум, 21% населения. Из этого количества до 12% составляют лица с расстройствами адаптации, до 7% – лица с химической зависимостью (алкоголизм, наркомания), до 2% – лица с психологической зависимостью (вовлечение в деструктивные секты, экстремистские организации, игромании и т.п.).

Ещё для 11% населения с признаками начальных форм расстройства психики и поведения более тяжёлого регистра психотерапия является не основным, но крайне желательным методом лечения и реабилитации. Но проведенные в России исследования также показывают, что более 50% населения вообще не имеют представления о профессиональной психотерапии и её возможностях. К тому же психологическая культура нашего населения, в силу отсутствия соответствующего опыта и несформированности системы оказания психологической помощи, невысока: обращение к специалисту по «психологическим проблемам» до сих пор, по мнению большинства россиян, является компрометирующим поступком либо «развлечением для богатых» [1, 3, 10]. По данным специальных исследований, за специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью обращаются лишь 1,4% населения [9]. Вместе с тем, показатель, например, завершённых суицидов в нашей стране составляет 25,9 на 100 тыс. человек (данные 2009 г.). По этому показателю Россия занимает третье место в мире. В

связи с этим вопрос оказания профилактической и первичной специализированной помощи сектору населения, не охваченному существующими амбулаторно-поликлиническими службами, посредством социальной психотерапии, представляется чрезвычайно актуальным.

Основные задачи социальной психотерапии, на наш взгляд, следующие:

- разработка организационных моделей первичной массовой психотерапевтической помощи;
- реализация экстренной психотерапевтической помощи при чрезвычайных ситуациях;
- реализация специальных программ первичной психотерапевтической помощи в медийном пространстве: на телевидении, радио, в интернете;
- профилактика распространения социальных эпидемий.

В 2008 г. на базе Санкт-Петербургского телеканала «ТВ 100» и радио «Балтика» нами была создана еженедельная специализированная программа в прямом теле-, радио- и интернет-эфире – «Час психотерапевта». Целью создания программы стала апробация модели первичной помощи, охватывающей, предположительно, больший сектор населения, в сравнении с количеством лиц, обращающимся в поликлиники, а также уменьшающей материальные и временные затраты на организацию помощи. Программа выходит в вечернем и ночном телевизионном и радио эфире регулярно четыре раза в неделю и одновременно транслируется on-line в социальных сетях. В рамках программы происходит взаимодействие психотерапевта с телезрителями и радиослушателями, позвонившими в эфир и заявившими свою актуальную проблему. При этом, как правило, не задаётся определённой тематической преамбулы (например, «сегодня мы с Вами поговорим о ...»), программа начинается с ответов на письма и параллельно принимаются звонки на любую

тему. Кроме того, у телезрителей есть возможность задать специалисту любой вопрос через SMS-портал (анонимно и бесплатно), телефонного редактора, специально созданный форум на сайте телеканала или по электронной почте. Все поступающие звонки регистрируются телефонным редактором в специальном журнале с указанием пола и возраста звонящего, краткого описания вопроса или заявляемой проблемы, а также контактного телефона для обратной связи. Письма и SMS-сообщения хранятся в электронном виде, интернет-форум делится на ряд основных тем для обсуждения и обслуживается системным администратором.

При изучении структуры контингента аудитории зрителей и слушателей (на основании писем и звонков) было выявлено, что средний возраст лиц, обращающихся за помощью, составляет 35 лет (рисунок 1), более 70% из них имеют высшее образование, женщины обращаются в 3 раза чаще мужчин. Несмотря на позднее время выхода программы в эфир, неоднократно имели место звонки и письма от детей 10-12-летнего возраста, находящихся в сложных жизненных ситуациях, а также от пожилых людей старше 80 лет. Живое общение специалиста с телезрителями, неожиданные вопросы, не придуманные истории из жизни и неподдельные эмоции звонящих с первых же месяцев существования программы вызывали быстрое расширение зрительской аудитории и высокие рейтинги программы. Каждый эфир транслируется в сети интернет on-line, а записи большинства программ доступны в архивах на сайте телеканала.

За четыре года в адрес программы «Час психотерапевта» поступило более 6,5 тысяч писем и более 3 тысяч звонков и СМС. За период с 02.07.2011 по 02.10.2011 пришло 622 письма, из них в 397 письмах был указан точный возраст и пол телезрителей, задающих вопросы. Из 397 писем 299 были от женщин, 98 – от мужчин. Распределение респондентов по возрасту представлено на рисунке 1.



Рисунок 1. Распределение аудитории зрителей и слушателей по возрастным категориям

Детальный анализ проблем и вопросов, с которыми обращались к специалисту телезрители и радиослушатели, показал, что на первом месте стоят нарушения адаптации (25%) и конфликты (22%), из них конфликты с партнером в семье – 54%, с детьми – 19%, с родителями – 24% и с коллегами – 3%. Следует отметить, что 4% писем и звонков были связаны с агрессией и насилием в семье. На втором месте находятся депрессивные жалобы (15%); интересно, что возраст обращающихся за помощью в этой связи, колеблется от 18 до 85 лет. На третьем месте находятся звонки с просьбой порекомендовать психологическую литературу для самостоятельного изучения либо специалиста для «очного» обращения за помощью. Тревожно-фобические расстройства, предположительно, невротического регистра, составляют еще 7% звонков и писем (полностью оценить клиническую картину и собрать диагностические сведения в рамках программы, а также на основании переписки не представляется возможным). Далее в порядке убывания в процентном соотношении следуют вопросы, связанные с химической и нехимической зависимостью и созависимос-

тью (лидируют алкоголизм, наркомания и игровая зависимость) – 6%, инвалидностью (увечьем, наличием тяжелого неизлечимого заболевания) – 4%, вопросы по избыточному весу – 2%, а также по синдрому хронической усталости – 2%. Отдельную группу составляют звонки и письма с высоким суициальным риском; их около 4% от общего числа обратившихся за помощью. Определенную сложность при анализе писем и звонков представляет тот факт, что, зачастую, у одного и того же человека, обратившегося за помощью, фигурируют несколько тесно взаимосвязанных между собой проблем. В связи с этим, в настоящее время, с целью более тщательного изучения спектра проблем при первичной обращаемости, разработаны специальные электронные таблицы с подробным перечнем всех возможных проблем; при этом каждое обращение может регистрироваться по нескольким проблемным ситуациям, с обязательным учетом пола, возраста, социального статуса и образования респондента. Распределение вопросов телезрителей и радиослушателей специалисту в прямом эфире представлено на рисунках 2, 3, 4, 5 и 6.



Рисунок 2. Распределение вопросов телезрителей по категориям



Рисунок 3. Соотношение вопросов, связанных с конфликтами во взаимоотношениях

**Распределение вопросов, связанных с конфликтами в семье, по полу и возрасту.**

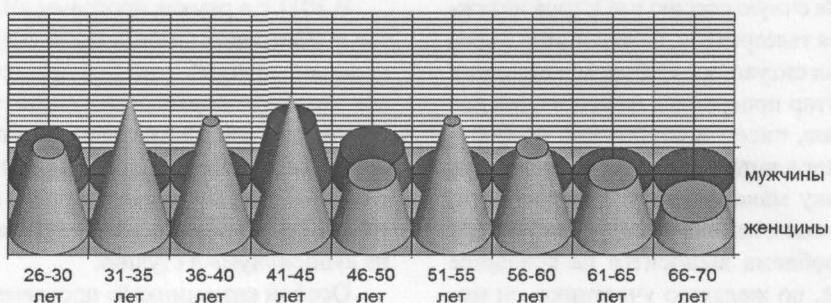


Рисунок 4. Соотношение вопросов, связанных с конфликтами во взаимоотношениях в семье

**Распределение депрессивных жалоб по полу и возрасту.**

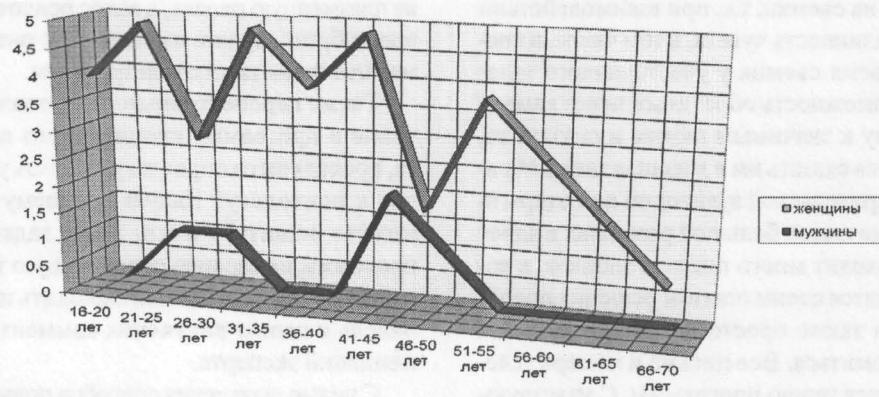


Рисунок 5. Распределение по полу и возрасту респондентов с депрессивными жалобами

**Распределение вопросов, связанных с нарушением коммуникации, по полу и возрасту.**

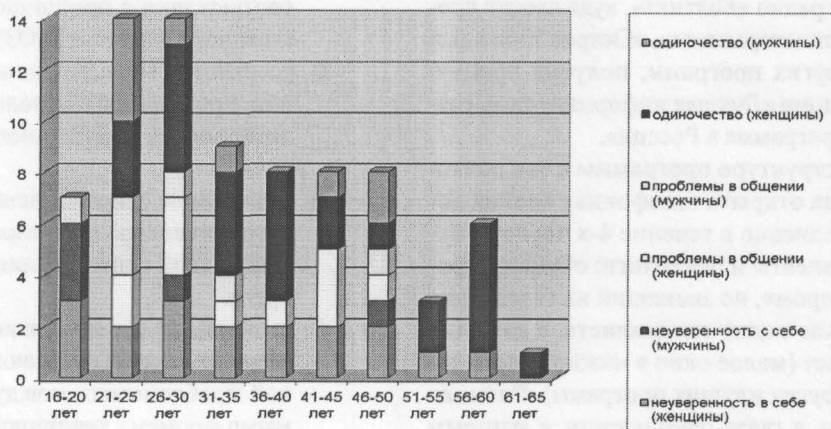


Рисунок 6. Соотношение по полу и возрасту респондентов, задававших вопросы о нарушениях в коммуникации

В связи с популярностью программы «Час психотерапевта» с 2009 г. на телеканале «ТВ 100» была создана вторая телевизионная программа первичной специализированной помощи «Остров надежды». В рамках этой программы происходит взаимодействие психотерапевта с телезрителями, пришедшими в студию. На очную сессию в «Остров надежды» приглашаются телезрители, находящиеся в кризисных жизненных ситуациях. Отбором желающих занимается редактор программы на основании поступивших звонков, писем и сообщений на форуме. Программа идет в записи, что дает возможность создать обстановку максимальной безопасности: заретушировать лицо и изменить модуляции голоса человека, чья проблема выносится на всеобщее обозрение. Также, по желанию участника, он может принять участие в монтаже и «вырезать» нежелательные фразы из своей речи, произнесенные во время сессии (программа пишется одним дублем с целью максимальной приближенности к формату сессии в кабинете психотерапевта). До съемок программы психотерапевт не встречается с участником, приглашенным на съемки, т.к. при взаимодействии необходима подлинность чувств, в том числе, и специалиста. Во время съемок у участвующего телезрителя есть возможность обратиться через камеру или по телефону к значимым людям и сказать то, что он не решался сказать им в жизни, а также обратиться ко всей зрительской аудитории или открыть лицо. Программа имела большой резонанс: в адрес участников приходит много писем и звонков, в которых люди делятся своим опытом решения подобных проблем, а также просто поддерживают или желают познакомиться. Все письма и номера телефонов передаются герою программы. С участвующими в съемках телезрителями поддерживается обратная связь, и регулярно, несколько раз в год, выпускаются дайджесты: участники рассказывают о том, как сложилась их жизнь и как решилась заявленная когда-то проблема.

В 2009 г. проект «FM-TV», созданный при участии «ТВ 100» и радио «Балтика», куда входят программы «Час психотерапевта», «Остров надежды» и несколько других программ, получил премию ТЭФИ в номинации «Лучшая информационно-развлекательная программа в России».

С 2010 г. в структуре программы «Час психотерапевта» была открыта телефонная «линия доверия», где ежедневно в течение 4-х часов дежурили психотерапевты и психологи: общение происходит «за кадром», но звонящий на телеэкране в отдельном окне видит специалиста, с которым он разговаривает (малое окно в нижней части экрана на фоне других идущих программ). Возможность заглянуть в глаза специалисту, с которым ведется разговор, и увидеть его неподдельные эмоции и реакции на заявляемую проблему, оставшись при этом полностью анонимным и «за

кадром», представляется крайне важной для формирования особого уровня доверия и безопасности. При общении со специалистом на традиционном «телефоне доверия» такой возможности нет, что может являться источником дополнительного напряжения или тревоги.

В 2011 г. в рамках программ «Час психотерапевта» и «Остров надежды» были созданы «консилиумы» или «круглые столы» с привлечением нескольких экспертов-психологов и психотерапевтов – ведущих представителей разных направлений и школ – с целью рассмотрения с разных точек зрения самых сложных и «тупиковых» вопросов и звонков. Также интересным представляется приглашение зрителей на «консилиум» в студию.

Особой «изюминкой» программы в ближайшем будущем станет общение с телезрителями посредством сервиса Skype: это даст возможность не только слышать звонящего, но и видеть переживания, страдания, замешательство, удивление, даже в том случае, если он будет прятать лицо, закрывая его руками. Картинку Skype предполагается выводить на плазменную панель, а голос психотерапевта в это время будет звучать «за кадром»: они на время поменяются местами с телезрителем.

Также перспективным представляется привлечение в программу специального корреспондента, проводящего опрос на улице: «А у Вас есть вопрос к психологу? Какую проблему Вы никак не можете решить?» и т.п. Либо задавать вопросы прохожим на заранее оговоренную тему. Эти кадры также предполагается выводить на плазменную панель с целью получения комментариев и рекомендаций эксперта.

С целью выявления способов повышения эффективности первичной психотерапевтической помощи, оказываемой жителям современного мегаполиса, в настоящее время проводится исследование, основными задачами которого являются:

- 1) уточнение понятий и определение сектора первичной психотерапевтической помощи в соответствии с принципами Нового Общественного Здоровья (НОЗ).
- 2) разработка модели социальной психотерапии, проводимой с использованием специализированных телевизионных и радиопрограмм.
- 3) проведение широкомасштабного эксперимента по внедрению разработанной модели социальной психотерапии в г. Санкт-Петербурге.
- 4) выполнение сравнительного анализа по параметрам охвата населения и спектра основной проблематики между дифференцируемыми формами первичной психотерапевтической помощи в г. Санкт-Петербурге:
  - психотерапевтическая помощь с использованием теле- и радио программ;

- психотерапевтическая помощь, оказываемая на первичном поликлиническом приеме;
  - консультативная помощь, оказываемая по городскому анонимному телефону доверия;
  - психотерапевтическая помощь, оказываемая при чрезвычайных ситуациях.
- 5) проведение комплексного анализа эффективности дифференцированных форм первичной психотерапевтической помощи по следующим параметрам:
    - динамика основных психопатологических проявлений;
    - психофизиологическая динамика;
    - динамика психологического статуса;
    - динамика социального статуса и качества жизни.
  - 6) разработка методологических принципов и практических рекомендаций по повышению эффективности первичной психотерапевтической помощи, оказываемой жителям современного мегаполиса с учетом следующих факторов:
    - уменьшение материальных и временных затрат на организацию помощи;

- увеличение сектора охвата населения;
- улучшение качества первичной помощи.

Подводя промежуточные итоги реализации модели первичной психотерапевтической помощи посредством телерадиокоммуникации в г. Санкт-Петербурге, хочется упомянуть основные принципы Нового Общественного Здоровья (НОЗ), которые были прописаны в «Оttавской Хартии развития здоровья» и одобрены Всемирной Организацией Здравоохранения [14]. В частности, в данном документе подчеркивается необходимость: 1) переориентации служб здравоохранения для повышения их доступности, работоспособности и полезности; 2) содействия усилению привлечения сообществ и коллективных действий; 3) создания микросреды, благоприятной для сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья; 4) формирования общественной политики, максимально благоприятствующей данным процессам [14]. Согласно идеологии НОЗ, такого рода помощь: 1) экстренна; 2) прагматична; 3) реализуется на уровне сообществ; 4) при активном участии социальных сетей; 5) развивает принципы низкого порога оказания услуг [12, 13].

*Список использованной литературы:*

1. Алёхин А.Н. Медицинская психология: поле практики и задачи научной дисциплины // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2010. – № 2. – <http://medpsy.ru>
2. Дмитриева Т.Б. Руководство по социальной психиатрии. 2-е изд-е, доп. и перераб. – М.: «МИА», 2009. – 544 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
4. Кошкина Е.А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3., № 3. – С. 89-91.
5. Нечипоренко В.В., Королев С.А. Пограничные психические расстройства в современном обществе (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – № 4. – 2008.
6. Петраков Б.Д., Петракова Л.Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке. – М.: ВНИИМИ, 1984. – 424 с.
7. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. – М.: «МИА», 2001. – 256 с.
8. Ушаков Г.К. Пограничные неврально-психические расстройства. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
9. Чуркин А.А., Михайлов В.И., Касимова Л.Н. Психическое здоровье городского населения. – Хабаровск: изд-во Хабар. краевого центра псих. здоровья, 2000. Хабар. краевого центра псих. здоровья, 2000. – 376 с.
10. Юревич А. В. Психология в современном обществе // Психологический журнал. – 2008. – № 6. – С. 5-14.
11. Яворский А.А., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Софронов А.Г. Клинико-психологический аспект агрессивных действий военнослужащих с пограничными психическими расстройствами исходя из оценки их самосознания // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: материалы конференции. – СПб, 2003. – С. 140–143.
12. Ball A. (1998). Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. In G.V. Stimson, D.C. Des Jarlais, A. Ball, Drug Injecting and HIV Infection (pp. 201-232). London: UCL Press.
13. Stimson G.V. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993. Social Science and Medicine, 41, 699-716.
14. World Health Organization (1996). Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion 1986, I: III-V.

---

---

## ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ФРУСТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Д.Н. Чугунов

психолог, к. пс. н., г. Санкт-Петербург

Современные статистические данные показывают, что до 30% населения в той или иной степени страдают избыточной массой тела в диапазоне от нескольких лишних килограммов до ожирения 3 и 4 степени, когда снижение веса становится прямым показанием для сохранения жизни. В соответствии с этим, лишний вес вызывает напряжение адаптационных ресурсов организма и множественную фрустриционную реакцию, связанную со сложностями в удовлетворении потребностей, в том числе связанных с социальной сферой.

Социальная фрустрированность (СФ) – специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникающий в ответ на действие фрустрирующих факторов. *Социальная фрустрированность рассматривается как следствие невозможности реализации личностью своих актуальных социальных потребностей*, значимость которых определяется самосознанием, системой жизненных целей и ценностей, индивидуальных способностей и опыта решения проблемных и кризисных ситуаций (Вассерман Л.И. с соавт., 2004). При этом, важно отметить что удовлетворение соответствующих потребностей наиболее приемлемым образом субъективно выражается в позитивных эмоциональных переживаниях, а не удовлетворение (то есть фрустрация), способствует появлению негативных эмоций. Таким образом, эмоции выполняют свою сигнальную функцию, указывая на степень удовлетворения потребностей.

Согласно имеющимся в литературе данным, ожирение и избыточная масса тела очень часто сочетается с тревожными и депрессивными расстройствами, что также указывает на фрустрированность и невозможность реализации актуальных потребностей. А в соответствии с биопсихосоциальным подходом к проблеме ожирения, можно более детально описать взаимодействие различных многоуровневых факторов, в соответствии с чем, на разных этапах заболевания могут последовательно и (или) одновременно проявляться разные причины:

- биологические в виде сопутствующих заболеваний и нарушения обменных процессов;
- психологические в виде системы внутренних переживаний, эмоциональных состояний и когнитивных установок;
- социальные в виде системы взаимоотношений личности (по В.Н. Мясищеву) со значимыми другими.

Возможность удовлетворения основных базовых потребностей в имеющемся социальном контексте определяет уровень адаптированности к имеющим-

ся условиям. Однако, в силу разных причин (неразвитые коммуникативные навыки, проекция прошлого негативного опыта, жесткое социальное давление, социальные стереотипы, созависимые отношения, и т.п.), описанные механизмы не обеспечивают достаточный уровень удовлетворенности, что также провоцирует негативное психоэмоциональное состояние, усугубляя его.

В целях более детального изучения описанных механизмов нами было проведено исследование, в котором приняло участие 117 человек (105 женщин, 12 мужчин) - пациентов клиники по снижению веса. Их средний возраст составлял  $38,9 \pm 1,23$  года. Средний вес данных пациентов был равен  $95,59 \pm 1,69$  кг. Средний объем талии составлял  $105,13 \pm 1,45$  см. Ожирение 1-й степени отмечено у 31,1% исследованных лиц, второй степени – у 27,8%, третьей степени – у 20%, четвертой степени – у 21,1% пациентов. Был использован комплекс психодиагностических методик, в том числе методика «Уровень социальной фрустрированности (УСФ)» (Вассерман Л.И., с соавт.), основанная на анализе базовых блоков социального функционирования:

- а) удовлетворённость отношениями с родными и близкими (жена /муж, родители, дети, родственники);
- б) удовлетворённость ближайшим социальным окружением (друзья, коллеги, начальство, противоположный пол);
- в) удовлетворённость своим социальным статусом (образование, уровень профессиональной подготовки, сферой профессиональной деятельности, работой в целом);
- г) удовлетворённость социально-экономическим положением (материальное положение, жилищно-бытовые условия, проведение свободного времени и отдыха, своим положением в обществе);
- д) удовлетворённость своим здоровьем и работоспособностью (физическое здоровье, психоэмоциональное состояние, работоспособность и образ жизни в целом).

Согласно диагностическим критериям методики УСФ вся выборка была разделена на 2 группы – 1 группа (65 человек) с наличием выраженной социальной фрустриации и 2 группа (52 человека) с её отсутствием. Ниже представлены данные первой группы. УСФ в порядке возрастания: отношения с родителями (1,81), отношения с детьми (1,92), отношения с друзьями (2,31), отношения с коллегами по работе (2,31), отношения с вышестоящими по работе (2,44), уровень профессиональной подго-

---

---

товки (2,58), удовлетворенность своей работой в целом (2,58), отношения с родственниками (2,64), сфера профессиональной деятельности (2,75), взаимоотношения с мужем (женой) (2,78), взаимоотношения с противоположным полом (2,86), жилищно-бытовые условия (2,86), положение в обществе (2,97), образование (3,28), материальное положение (3,33). Наиболее фruстрированы: работоспособность (3,47), психоэмоциональное состояние (3,86), образ жизни (3,86), проведение свободного времени (4), физическое состояние (4,06). Очевидно, что основные мотивы снижения веса тела связаны с желанием улучшить здоровье, с повышением фона настроения и структурированием свободного времени.

Полученные данные могут быть использованы для формирования и выбора психотерапевтических мишеней, а также для диагностики успешности психотерапевтических интервенций в динамическом измерении. Одним из вариантов снижения УСФ по предложенным аспектам социального функционирования может быть, в том числе и поиск соответствующих увлечений, и более полная самореализация актуальных потребностей, и как следствие уменьшение механизмов дефлексии (переключения, смещения) и пищевого замещения. Также представляется перспективным дальнейшие сопоставительные и катамнестические исследования пациентов, принялших участие в исследовании.

---

---

## ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89

### ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Г.К. Ахметова

участковый врач-психиатр ГУ «Областной психоневрологический диспансер», г. Павлодар

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) психическое здоровье - это состояние благополучия, находясь в котором человек осознаёт свои возможности, умеет справляться с обычными, повседневными жизненными стрессами, способен эффективно и плодотворно работать и может участвовать в общественной жизни.

Многие годы психическое (психологическое) здоровье людей является центром всеобщего внимания многих исследователей как одно из главных достояний социума и природы, как источник прогресса и благосостояния.

Исследования доказывают, что во всём мире показатели распространённости депрессий в населении и по прогнозам исследований, проведённых в США, к 2010-2030 гг. выйдут на первое место в мире, обойдя заболевания сердечнососудистой системы. По данным ВОЗ, 4-5% населения земного шара страдает депрессиями.

В литературе давно обсуждался вопрос, за счёт чего эндогенная депрессия в старости приобретает характерные черты. Как отмечают Г.Л. Воронков и соавт. (1983), здесь играет роль сочетание ряда факторов –преморбидные особенности личности, усиливающиеся с возрастом и иногда приобретающие утрированный характер, повышенная ранимость, большое влияние факторов внешней среды, сосудистая патология и др. Именно поэтому так затруднена классификация депрессивных состояний в позднем возрасте.

У пожилых людей с органическими изменениями мозга, вызванными атеросклерозом, депрессия протекает с картиной типичной сосудистой деменции. Грубые нарушения памяти и интеллекта делают невозможным продуктивный контакт с больным, что затрудняет выявление собственно депрессивной симптоматики и оценку её роли в структуре синдрома. Лишь после спонтанного окончания депрессивной фазы или применения антидепрессантов обнаруживается, что деменция носит обратимый характер. Однако при затяжных депрессиях или частых повторных фазах в последующих светлых промежутках всё больше проявляются изменения личности по сосудистому типу.

#### Профилактика депрессии в пожилом возрасте

Психическое здоровье лиц пожилого возраста с разной степенью эффективности улучшают различные типы вмешательств.

Физические упражнения, которые приносят как физическую, так и психологическую пользу, включая большую удовлетворенность жизнью, хорошее настроение и психическое благополучие, смягчение проявлений психологического дистресса и симптомов депрессии, снижение кровяного давления, улучшение работы сердца).

Улучшение социальной поддержки путём дружеского отношения. Пожилые люди нуждаются в поощрении своих действий. Желательно чаще подтверждать правильность их действий и поощрять успехи. «Вы сегодня увереннее двигаетесь с тростью!», «Как Вы хорошо сегодня сели на кровати!», «Вам эта кофта очень к лицу!» и т.д. Расспросы пожилых людей об их прошлом очень благотворно действуют на них. Попросите рассказать пожилого человека о его родственниках, детстве, местах, где он жил в юности, о прошлой работе, интересах. Очень хорошо вместе рассматривать старые фотографии мест, где он родился, жил, трудился, особенно те, на которых он изображен в силе, при выполнении социально значимой работы. Это всегда способствует повышению самоуважения пожилого человека. Однако пожилые люди должны чувствовать Вашу действительную заинтересованность в рассказываемых событиях, Ваше желание пережить то, что когда-то он пережил и прочувствовал. Если он не поверит Вашей заинтересованности, то, скорее всего, замкнется в себе, и Вы надолго потеряете его доверие.

Просветительская работа с пожилыми лицами с хроническими заболеваниями и опекающими их людьми, встречи для обсуждения событий жизни. Предупреждение черепно-мозговых травм, нормализация высокого систолического давления и высокой концентрации холестерина в сыворотке крови также, по-видимому, эффективны, поскольку снижают риск развития деменции.

Понятие «качество жизни» используется для определения способности человека функционировать в обществе соответственно своему положению, а также для характеристики степени удовлетворенности человека своим физическим, психическим и

социальным состоянием. Категория «качество жизни» ориентирована на оценку потребностей, которые не поддаются количественному изложению, – писали в 2003 году В.И. Петров и Н.Н. Седова.

I.R. Elkinton сформулировал качество жизни следующим образом: «Что такое гармония внутри человека и между человеком и миром качества жизни, к которой стремится пациент, врач, всё общество».

### **Лечение депрессии в пожилом возрасте**

Пациентам пожилого возраста, страдающим депрессией, редко предлагаются психологические методы лечения. Однако при большом депрессивном расстройстве комбинация антидепрессантов и психотерапии более эффективна, чем каждый из этих методов в отдельности, особенно в предотвращении рецидивов заболевания.

Из лекарственных препаратов для лечения депрессии используется практически весь арсенал современных антидепрессивных средств, включающий хорошо известные трициклические и четырёхциклические антидепрессанты, а также антидепрессанты «нового поколения» – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и обратимые ингибиторы МАО-А.

Основными преимуществами антидепрессантов новых поколений являются:

- улучшение переносимости; уменьшение действий побочных эффектов;
- снижение токсичности;
- высокая безопасность при передозировке.

К новым антидепрессантам относятся флуоксетин (прозак, профлузак), сертралин (золофт), циталопрам (ципрамил), пароксетин (паксил), флуоксамин (феварин), тианептин (коаксил), миансерин (леривон), моклобемид (аурорикс), милнаципран (иксел), миртазапин (ремерон) и др. Антидепрессанты являются классом безопасных психотропных лекарственных препаратов при правильном их применении согласно рекомендации врача. Доза препарата определяется для каждого пациента индивидуально. Необходимо знать, что терапевтический эффект антидепрессантов может проявляться медленно и постепенно, поэтому важно позитивно настроиться и ждать его появления.

Данная группа препаратов не вызывают привыкания и развития синдрома отмены в отличие от препаратов классаベンзодиазепиновых транквилизаторов (феназепам, реланиум, элениум, тазепам и др.) и широко используемых в нашей стране корвалола, валокордина. А также,ベンзодиазепиновые транквилизаторы и фенобарбитал, входящие в состав корвалола и валокордина, при длительном применении снижают чувствительность к другим психофармакологическим средствам.

Однако при назначении тех или иных психофармакологических средств пожилому больному все-

гда нужно иметь в виду повышенный риск возникновения побочных эффектов и осложнений, тем более что в позднем возрасте осложнения отличаются особой тяжестью проявлений. В этих случаях возможна коррекция терапии путём изменения доз, замены препаратов и изменения общего режима лечения.

Терапия антидепрессантами в пожилом возрасте имеет ряд особенностей, которые обусловлены следующими факторами:

- а) в пожилом и старческом возрасте всегда имеет место та или иная степень расстройства функций ЦНС и внутренних органов, связанная с процессом естественного старения организма;
- б) у пожилого больного с депрессией, как правило, имеют место другие хронические соматические и/или неврологические заболевания, течение которых может ухудшаться под влиянием терапии антидепрессантами в связи с их побочными эффектами;
- в) в связи с несколькими хроническими заболеваниями больной длительно принимает подчас несколько фармакологических препаратов, которые могут взаимодействовать с антидепрессантами, а последние могут либо ослаблять, либо усиливать их эффект;
- г) у пожилых больных изменяется фармакокинетика препаратов, что увеличивает риск побочных и токсических эффектов;
- д) врачам желательно не использовать трициклические антидепрессанты для лечения этой возрастной группы больных, в связи со значительными лекарственными взаимодействиями и выраженными побочными эффектами.

Многочисленные сравнительные клинические исследования свидетельствуют, что при лечении поздних депрессий наилучшим образом себя зарекомендовали антидепрессанты последних поколений, селективного серотонинергического действия. Прежде всего, имеются в виду селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Определение тактики лечения:

- 1) выбор антидепрессанта с учетом основных симптомов депрессии у каждого пациента;
- 2) подбор адекватной дозы препарата и индивидуальной схемы лечения;
- 3) проведение основного курса терапии, направленного на уменьшение симптомов депрессии вплоть до их исчезновения, восстановление прежнего, свойственного пациенту уровня активности;
- 4) проведение поддерживающего курса терапии в течение 4-6 и более месяцев после общей нормализации состояния. Данный этап направлен на профилактику обострения заболевания.

---

---

Правильно подобранная терапия антидепрессантами достаточно эффективна у пациентов пожилого возраста. На фоне лечения улучшается психическое состояние пациента, повышается качество его жизни и социальная адаптация.

Таким образом, при выборе препарата для лечения депрессии у пожилых пациентов нужно подбирать антидепрессант с наименьшим спектром побочных явлений и лекарственных взаимодействий, минимальным влиянием на когнитивные функции.

*Список использованной литературы:*

1. Алтынбеков С.А. *Перспективы совершенствования службы психического здоровья В Республике Казахстан // Психиатрия, психотерапия жсэне наркология.* – Алматы, 2006. – № 4 (10).
2. Болевые синдромы в неврологической практике // Под ред. А.М. Вейна. – М.: МЕДпресс-информ, 2001.
3. Вознесенская Т.Г. и др. *Депрессии в неврологической практике.* – М., 1998. – С. 56-70.
4. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. // *Московский психотерапевтический журнал.* – 1996. – № 3 (13). – С. 112-140.
5. Гхайер Д. *Головная боль // В кн.: Неврология / Под редакцией М. Самуэльса, пер. с англ.* – М.: Практика, 1997.
6. Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
7. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. *Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология.* 2004; 1: 48-54.
8. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. *Психокардиология.* – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005.
9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 1998. – Т. 8, Вып. 1. – С. 94-101.
10. Хэггин Р. *Дифференциальная диагностика внутренних болезней.* – М.: Триада-Х, 2001.
11. Beck A.T. *Cognitive psychotherapy and the emotional disorders.* – New York: American book, 1984.
12. Casey D.E. *Striking a balance between safety and efficacy: experience with the SSRI // Int. Clin. Psychopharmacol.* – 1994. – Vol. 9 (Suppl. 3). – P. 5-12.
13. Cassano P., Fava M. *Depression and public health: an overview. J Psychosom Res* 2002; 53 (4): 849-57.
14. Gundel H., Ladwig K.H., Wolowski A., et al. *Psychic and somatic findings in jaw or facial pain of unclear origin. Comparison of patients with severe and mild symptoms. Schmerz* 2002; 16 (4): 285-93.
15. Holroyd K.A., Stensland M., Lipchik G.L., et al. *Psychosocial correlates and impact of chronic tension-typeheadaches. Headache* 2000; 40 (1): 3-16.
16. Katon W. // *Int. J. Psychiatry Med.* – 1987. – Vol. 17. – P. 93-112.
17. Katon W., Sulliven M.D. // *J. Clin. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 51. – P. 3-11.
18. Lorenzo C.D., Youssef N.N., et al. *Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. J Pediatr* 2001; 139 (6): 838-43.
19. Nemerooff Ch.B. // *J. Clin. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 55 (Suppl. 12). – P. 3-15.
20. Regier D.A., Narrow W.E., Rae D.S. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 50. – P. 85-94.
21. Reher P., Harris M. *Idiopathic facial pain-Part 1: Definition, classification and etiology. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1998; 53 (4): 189-94.
22. Sanz de la Garza C.L., Gamez Guerrero S., Serrano Guerra E., Gutierrez Casares J.R. *Recurrent abdominal pain in primary care: study of functional recurrent abdominal pain. An Esp Pediatr* 2000; 53 (5): 458-68.
23. Sperber A.D., Drossman D.A. *Chronic Functional Abdominal Pain (CFAP). Curr Treat Options Gastroenterol* 2000; 3 (4): 315-28.
24. Ulrich V., Russell M.B., Jensen R., Olesen J. *A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraineurs: a population-based study. Pain* 1996; 67 (2-3): 501-6.
25. Ustun T.B., Sartorius N. (Eds.). *Mental illness in general health care: an international study.* – New York: John Wiley & Sons, 1995.

## ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Г.К. Ахметова

участковый врач – психиатр ГУ «Областной психоневрологический диспансер», г. Павлодар

С.Н. Бугаенко

участковый врач – психиатр диспансерного отделения ГУ «Рудненская городская психиатрическая больница»

Депрессия – это тяжёлое заболевание, которое настигает примерно одного из семи человек в течение их жизни и которое в настоящее время поражает примерно одного из двадцати взрослых в Северной Америке и Западной Европе. В развитых странах депрессия является одной из трёх основных причин нетрудоспособности. Среди лиц, заболевших депрессией, преобладают женщины.

Одним из психических расстройств в пожилом возрасте чаще всего является депрессия. Именно данная болезнь крайне негативно влияет на качество жизни, усугубляет инвалидность и является основной причиной суицида среди лиц пожилого возраста. Намного чаще депрессия появляется у стариков при инвалидности и социальных ограничениях. Среди пациентов, находящихся в интернатах и больницах, это заболевание встречается в два раза чаще.

По литературным данным, депрессия встречается у людей старше 65 лет от 7% до 36%. При этом у пожилых пациентов, находящихся в стационаре, этот процент возрастает до 40%.

Давайте выясним, на что именно следует обратить внимание при депрессии в пожилом возрасте. В начале заболевания больных беспокоит подавленное настроение, они угрюмы, отмечается бессонница. Е. Kraepelin (1904) отметил, что отличительной особенностью старческой депрессии является наличие тревоги (в частности при эндогенной депрессии). В своих исследованиях больных пожилого возраста В.Л. Ефименко (1975) обнаружила тревогу у 71%, выраженный страх был отмечен у 25%, при этом явления тревоги в дальнейшем нарастают с двигательным беспокойством и идеаторным возбуждением, развиваются различные формы депрессивного бреда – осуждения, наказания, гибели, ипохондрические и суицидальные идеи.

У пожилых пациентов в анамнезе также отмечаются идеи ущерба обнищания. В этом возрасте намного чаще депрессия протекает с ажитацией и, соответственно, реже наблюдается психомоторная заторможенность. Признаками этого заболевания является долгое нахождение человека в одной и той же позе, длительная задумчивость и однозначные ответы на совершенно разные вопросы.

Основные жалобы, которые предъявляют пациенты, – это раздражительность, эмоциональная лабильность, общая подавленность, мрачные размышления, чувство тревоги, угрюмость и реже тоска, физический упадок, расстройство сна, вегетативные

нарушения в виде диффузных патологических ощущений. При дальнейшем наблюдении у пациентов отмечается малая выразительность мимики, отсутствие живости, облик, отражающий бессилие и усталость, монотонно-приглушенный голос и тревожное беспокойство.

Депрессия у пожилых людей может быть «замаскирована» соматическими жалобами. В таких случаях больные фиксируют внимание на соматических проявлениях депрессивного синдрома: потеря аппетита, утомляемость, головные боли, болях в спине и других частях тела, запоры, потеря массы тела и т. п. Степень выраженности собственно аффективных нарушений при этом они могут отрицать или резко преуменьшать.

Бредовые переживания охватывают практически все многообразие тем «вины» и «наказания». Также характерен ипохондрический бред, содержание которого обычно сосредоточено на нарушениях функций кишечника и связанных с ними «разрушительных» для организма последствиях (гниение, отравление, атрофия органов).

На отдаленных этапах развития заболевания клиническая картина стабилизируется, становится всё более однообразной, возникает состояние монотонной тревоги с однообразным двигательным беспокойством, снижением психической активности, постоянной угнетенностью настроения и уменьшением эмоционального резонанса.

После завершения депрессивного эпизода у больных обнаруживаются остаточные нарушения настроения либо в виде стойкого понижения фона, либо в виде периодических спадов. Эти расстройства сочетаются с отдельными соматовегетативными проявлениями депрессии (расстройствами сна, аппетита).

Уже для поздних депрессий характерно развитие феномена, получившего название «двойной депрессии», когда на фоне стойкого понижения настроения возникают повторные очерченные депрессивные фазы.

Часто в пожилом возрасте возникает органическая депрессия, вследствие таких соматических заболеваний, как Синдром Кушинга, пернициозная анемия, дефицит фолиевой кислоты, опухоли центральной нервной системы, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, системная красная волчанка, бруцелллёз, нейросифилис и другие.

Депрессия у пожилых пациентов с органическими поражениями головного мозга, вызванных

атеросклерозом, протекает с картиной типичной сосудистой деменции. При этом сильные нарушения памяти и интеллекта не дают возможности результативного общения с больным, что затрудняет выявление симптомов. После самостоятельного окончания депрессивной фазы или применения фармакотерапии обнаруживается, что деменция носит обратимый характер.

Депрессия в пожилом возрасте имеет, как правило, затяжной характер и плохо поддается лечению.

### Причины депрессии в пожилом возрасте

Наиболее важным при формировании депрессии в пожилом возрасте является психологическая атмосфера. Появлению или усугублению депрессии в пожилом возрасте способствуют значительные изменения образа жизни и социального статуса. При описании психологической ситуации обычно подчеркивается значение возникающих в страсти таких проблем, как «конfrontация с приближающейся смертью», «утрата перспектив», «напряженность и трение с новым поколением». Потеря близких людей резко нарушает привычный уклад жизни, устоявшийся порядок в отношениях. Вдовство, одиночество без последующего брака в пожилом возрасте сопряжено с высокой степенью риска развития одиночества и, как следствие этого, депрессивного расстройства. Увеличение стрессовой нагрузки в связи с неблагоприятными социально-экономическими условиями «эпохи реформ», материальной незащищенности, приводят к социальной дезадаптации.

В результате ухода на пенсию, увольнения пожилых людей с работы развиваются депрессивные состояния («пенсионная депрессия»). Они сопровождаются тягостными переживаниями ненужности, невостребованности при сохранении потребности в дальнейшей профессиональной и социальной самоактуализации. Моральные травмы пожилым наносят попытки умаления и принижения роли ветеранов Великой Отечественной войны (1941 - 1945 гг.) и тружеников тыла, значения их боевых и трудовых подвигов и усилий. Имеются также сведения о патогенном влиянии смены жилья. Эта ситуация вызывает особый тип депрессии – «депрессию переезда».

Депрессивные состояния данного возраста часто провоцируются такими событиями, как внутрисемейные конфликты, значительная зависимость от окружающих, снижение жизненных возможностей в результате соматической или неврологической отягощенности, снижение коммуникативных связей из-за ухудшений слуха и зрения, отсутствие жизненных перспектив. Эти изменения приводят к социальной изоляции и психологической дезадаптации и могут лежать в основе развития депрессии.

### Причины депрессивных эпизодов органического происхождения

Лекарственные препараты, которые могут вызывать органическую депрессию:

**Гипотензивные:** бета-блокаторы, метил-допа, блокаторы кальциевых каналов (например, нифедипин), дигоксин.

**Кортикостероиды:** преднизолон.

**Анальгетики:** кодеин, опиоиды, COX-2-ингибиторы (например, целекоксиб, рофеококсиб).

**Лекарственные средства, показанные при паркинсонизме:** лево-допа, амантадин, тетрабеназин.

**Психотропные лекарственные препараты (могут вызывать клиническую картину, напоминающую депрессию):** антидепрессивные препараты,ベンゾдиазепины.

### Соматические расстройства, которые могут служить органической причиной депрессии у лиц пожилого возраста

Эндокринные и обменные: гипо- и гипертиреоз, синдром Кушинга, гиперкальциемия (первичный гиперпаратиреоз или карцинома), пернициозная анемия, дефицит фолиевой кислоты.

Органическое поражение головного мозга: заболевание сосудов головного мозга / инсульт, опухоли центральной нервной системы, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера.

Латентная карцинома: поджелудочной железы, лёгких.

Хронические инфекционные заболевания: нейросифилис, бруцеллез, опоясывающий лишай.

Подводя итоги можно сделать заключение, что эндогенная депрессия по своей структуре достаточно сложна. Эта проявляется не в большом количестве и многообразии симптомов, а в сложности каждого отдельного симптома, который определяется несколькими факторами. Из них наиболее важным является аффективная структура синдрома, то есть соотношение тоски и тревоги. Тревога, наряду с тоской, участвует в формировании многих симптомов эндогенной депрессии: идей виновности и малоценности, ипохондрических идей, суицидных тенденций, ажитации и психомоторной заторможенности, играет доминирующую роль в генезе ряда соматических симптомов, проявлений деперсонализации. Наличие и характер депрессивных идей в большей степени определяются преморбидными особенностями личности больного, факторами культуры.

В значительной мере проявления депрессивной симптоматики зависят от возрастных особенностей. При этом прослеживается чёткая обратная связь между глубиной «биологической» аффективной патологии и влиянием личностных, ситуативных и возрастных факторов, а также факторов культуры - чем глубже депрессия, тем меньше они сказываются на клинической картине, и, наоборот, при лёгкой депрессии они могут даже маскировать ее проявления.

---

---

**Список использованной литературы:**

1. Вознесенская Т.Г. Депрессии пожилого возраста и особенности их терапии. Журнал D.S., № 4, 2007.
2. Вознесенская Т.Г. и др. Депрессии в неврологической практике. - М., 1998. - С. 56-70.
3. Гаранян Н.Г., Холмогорова А. Б. // Московский психотерапевтический журнал. — 1996. — №3 (13). — С. 112-140.
4. Дюкова Г.М. Диагностика и лечение депрессии у неврологических больных пожилого возраста, *Consilium Medicum*, Том 9, № 12.
5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. - Т. 8, Вып. 1. – С. 94-101.
6. Хэггин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. - М.: Триада-Х, 2001.
7. Hartter S., Wang X., Weigmann H. et al. Differential effects of fuvoxamine and other anti-depressants on the biotransformation of melatonin. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21: 167—174.
8. Hoehn-Saric R. Long-term fuvoxamine in panic disorder. Poster presented at World Congress of Biological Psychiatry, Nice, France, June 21-26; 1997
9. Jaquenoud E., Kat M., The safety of fuvoxamine in very elderly patients with depression and somatic symptoms. *Primary Care Psychiatry*, 1997, vol 3: 175-181.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

## **К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (краткое сообщение)**

А.Е. Жанарбаева

детский психиатр ГУ «Психолого-медицинско-педагогическая консультация г. Павлодара»

При планировании и построении вопросов диагностики и лечения клинический специалист регулярно сталкивается с проблемами таксономической неоднозначности множества так называемых переходных комплексных нозологических форм. Данный факт является узловым при определении тактики ведения случая, при подборе наиболее эффективных методик, которые не могут быть уложены в «прокрустово ложе» сумм и поправочных коэффициентов. Отсюда следует повышенная актуальность в необходимости владения специалистом не только официальными рубрикаторами, где диагнозы лишь претендуют на завершенную упорядоченность, но и учёт комплексных классификаций, раскрывающих патогенетическое родство того или иного болезненного состояния.

Примером, иллюстрирующим данные положения, является круг нозологий под собирательным названием – аутизм. Специалисты, занимающиеся пациентами с данным состоянием, очень часто встречаются с необходимостью как внутригрупповой спецификации диагноза («установить какая разновидность аутизма представлена»), так и ограничения лишь от внешне родственных, но патофизиологически чуждых состояний («исключить диагнозы с иным этиологическим началом»).

Аутизм – «ход» от действительности с фиксацией на внутреннем мире аффективных комплек-

сов и переживаний. В качестве психопатологического феномена отличается от интроверсии как личностного измерения или рассматривается как болезненный вариант интроверсии [2].

Аутизм у детей представляет собой группу фенотипически сходных состояний эндогенного, конституционального и органического (при некоторых генных и хромосомных болезнях) генеза.

Данное состояние проявляется:

1) эмоциональной и поведенческой отгороженностью от реальности, свертыванием или полным прекращением общения, «погружением в себя»;

2) утратой эмоциональной и коммуникативной дистанции с избыточной недифференцированной общительностью и открытостью («аутизм на изнанку», регressive синтонность), связанными с неспособностью учитывать эмоциональные реакции собеседника, эмоциональной дефицитарностью [1].

Наиболее часто (почти в 90% случаев) состояния с картиной детского аутизма являются следствием перенесенного эндогенного психоза, начавшегося в первые 3 года жизни ребёнка. Указанные постприступные дефицитарные состояния определяют как детский аутизм процессуального генеза. В этих случаях клиническая картина не ограничивается лишь негативными расстройствами, симптомами искаженного развития, а также включает и позитивную психопатологическую симптоматику.

Существует несколько объяснений причин аутизма.

1. Перцептуально-когнитивные: аутизм происходит от неспособности интерпретировать звуки или от чрезмерной избирательности в восприятии внешних стимулов. Ребёнок страдает перцептуальными или когнитивными расстройствами, которые делают обычное общение или взаимоотношения практически невозможными (Ehlers S., Gillberg C., 1993).

2. Биологические: исследователи называют несколько возможных причин, включая генетические факторы, осложнения при родах и неврологическую дисфункцию (Konstantareas M., Hewitt T., 2001).

3. Воздействие семьи и окружающей среды. Согласно этому мнению, которое ныне считается устаревшим, аутизм может быть вызван (по крайней мере, косвенно) личными качествами родителей или аномальными схемами взаимодействия между родителями и детьми (Kanner L., 1973).

4. Более современным объяснением аутизма является задержка в развитии по теории разума: ребёнок не может развить теорию о том, что люди, включая и его самого, обладают разумом (Waldinger R., 1997).

5. Согласно утверждению Организации Объединенных Наций, сейчас во всем мире проживает около 67 миллионов человек с расстройствами аутистического спектра, что составляет 1% от всего населения планеты. Специалисты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подчеркивают, что аутизмом страдают люди на всех континентах, во всех странах, независимо от пола, расовой принадлежности и социально-экономического положения. Учёные озабочены тем, что статистика распространённости данного расстройства раннего развития человека за последние десять лет выросла в 10 раз. Каждые 20 минут регистрируется новый случай аутизма [3, 4, 5].

В западных публикациях (Rimland, 1995) приводятся следующие доводы, объясняющие это увеличение:

- рост применения антибиотиков для лечения инфекционных заболеваний;
- прививки – наблюдается увеличение случаев, которые доказывают, что ребенок проявляет аутизм после получения обязательной вакцинации, особенно после АКДС, хотя и другие прививки нельзя исключить из факторов риска;
- загрязнение окружающей среды.

Нельзя исключить и наличие систематической ошибки в методологии регистрации случаев детского аутизма, что обусловлено нечёткостью границ данной клинической группы, а также закономерностями развития субстрата психики в ранний – до 3 лет – период детства. Так, согласно концепции Вроно М.С. (1971), принятой за основу в детской психиатрии, «возрастное видоизменение клинической

картины шизофrenии и других психических заболеваний связывается с взаимодействием двух основных факторов – качественных особенностей патологического процесса и фазы возрастного развития ребенка».

Сбор и анализ данных по аутизму переведён из плоскости качественных формулировок в плоскость количественных. Уникальные, по своей сути, симптомы, отражающие целую систему патологического гомеостаза растущего организма, трансформируются в оценочные шкалы. Это также порой размывает границы диагноза, создавая статический портрет заболевания методом поперечных срезов и расширяя тем самым количество «зарегистрированных статистически» случаев.

В то же время подчеркивается, что психическая жизнь в её субъективном измерении, независимо от прогресса нейробиологии, должна оставаться специфической областью интереса в психиатрии (Benedetti G., 1995; Slosarczyk M., 2005).

В последние годы к диагностике психических нарушений применяют эмпирический подход. Это означает, что целью диагностики является выявление специфических нарушений, которые идентифицируются наличием определенного набора поведенческих симптомов. На эмпирическом подходе основаны и современные классификационные диагностические системы - Международная классификация болезней (МКБ-10) (ВОЗ, 1992) и Диагностико-статистический справочник психических нарушений (ДСС-IV) (Американская ассоциация психиатров, 1994). Эти две системы являются феноменологическими по своей ориентации, то есть они ограничиваются перечислением клинических черт нарушений, не рассматривая этиологию или патогенез. Кроме того, выделение рубрики «аутистических расстройств» произведено по принципу «от противного», то есть по исключающим шизофренический процесс критериям. Описание поведенческих характеристик аутизма в этих двух статистических системах почти идентично. Они основываются на триаде нарушений, сформулированной Лорной Винг (1993) [6, 7].

Обе системы имеют категорию «Первазивные (общие) нарушения развития», которые включают в себя 5 нарушений:

- 1) аутизм;
- 2) синдром Аспергера;
- 3) синдром Рettта;
- 4) дезинтеграционное нарушение;
- 5) атипичный аутизм (МКБ-10)/ неспецифическое нарушение развития (ДСС-IV).

Аутизм имеет огромную вариативность проявлений – спектр нарушений. У конкретного человека аутизм легко распознать, когда его проявления находятся в средней точке спектра. Случай же, находящиеся на одном из концов спектра, представляют диагностическую проблему: в случае аутизма с

минимальными функциональными возможностями диагностика затруднена, так как функции социального взаимодействия, коммуникации и воображения могут быть очень снижены, но при этом соответствовать общему уровню развития (например, соответствовать уровню развития менее 20-месячного возраста). На верхнем конце спектра у аутистов могут быть развитые компенсаторные стратегии, маскирующие реальные проблемы.

Спектр состояний, с которыми проводится дифференциальная диагностика по каждому из перечисленных аутистических заболеваний, может быть изображен в виде структурированного поля.

Это может иметь прикладное значение, так как алгоритмизирует сам процесс клинического поиска, в пределах круга дифференциальной диагностики. Наглядно это может выглядеть следующим образом (рисунок 1).

# аутизм

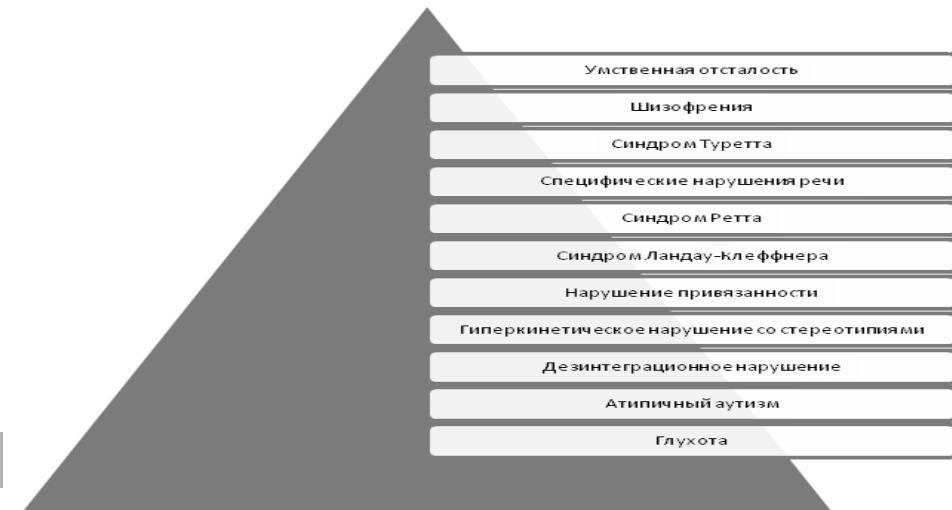


Рисунок 1. «Поле» дифференциальной диагностики аутизма

При построении дифференциального диагноза следует руководствоваться следующими принципами:

- не расширять содержания чётких феноменологических диагностических критериев (например, различать неспособность к установлению контакта с другими людьми и активное избегание контакта);
- строить диагностику на синдромологическом уровне, а не на основе формальной фиксации наличия тех или иных симптомов;
- учитывать наличие или отсутствие процессуальной динамики выявляемых симптомов;
- принимать во внимание, что неспособность к установлению контакта с другими людьми создает условия для социальной депривации, ведущей в свою очередь к появлению в клинической картине

симптомов вторичных задержек развития и компенсаторных образований.

Таким образом, необходимо ещё раз подчеркнуть важность точной, прицельной диагностики состояний детского аутизма для выстраивания комплекса терапевтических и реабилитационных мероприятий. Одной из основополагающих целей системы медицинских услуг для данной категории детей является определение прогноза заболевания, который выявляет возможность социальной адаптации и будущего развития ребенка. Следовательно, наступила потребность в достоверных когортных исследованиях в данной области, что даст возможность эпидемиологам судить об истинном патоморфозе данного заболевания, а клиницистам – об его клинико-динамических характеристиках [5].

#### Список использованной литературы:

1. Каган В.Е. Аутизм у детей. – М.: Медицина, 1981.
2. Каган В.Е. Клинико-психологические аспекты онтогенеза коммуникативности // Вопросы психологии. – 1983. – № 2. – С. 96-100.
3. Baker H. A comparison study of autism spectrum disorder referrals 1997 and 1989. // J. of Autism and Dev. Disorders, 2002, № 32 (2); p. 121-125.
4. Barklay L. Rate of autism may be increasing // JAMA, 2003 № 2; p. 49-55.
5. Bryson S., Smith I. Epidemiology of autism: prevalence, associated characteristics, and service delivery // Ment. Ret. And Dev. Disabil. Res. Review. 1998, № 4: p. 97–103.
6. Wing L. The definition and prevalence of autism: a review // European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 1993, № 2 (2); p. 61-74.
7. Wing L., Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification // J. Aut. Dev. Disord., 1979, № 9; p. 11-29.

---

---

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

УДК 159.99+364.446+614.253

### **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ: СПЕЦИАЛИСТЫ И СОТРУДНИКИ ПРОЕКТОВ**

Ю.А. Россинский

д.м.н., заведующий кафедрой «Педагогика и психология» Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), консультант-тренер образовательных программ ООН в Центральной Азии

Прежде чем раскрыть некоторые специфические вопросы, касающиеся образовательных программ по тематике ВИЧ, противодействия стигме в отношении уязвимых групп населения для специалистов помогающих профессий и профилактики эмоционального выгорания этих специалистов, хотелось бы остановиться на следующих характерных моментах образовательных программ ООН в Центральной Азии.

Первое, что хотелось бы отметить – это высокий уровень организации существующих образовательных программ ООН в странах Центральной Азии и безупречно высокий уровень ответственности региональных менеджеров – организаторов семинаров-тренингов. Это отмечают и участники семинаров-тренингов и консультанты-тренеры, реализующие образовательный компонент данных программ.

Второй характерной особенностью образовательных программ ООН в Центральной Азии является высокая актуальность предлагаемых тем, как для участвующих специалистов в плане их профессионального роста, так и для страны в целом в плане развития правового и толерантного гражданского общества.

Третьей характерной особенностью является прикладной характер, транслируемых знаний в данных программах. Тематика образовательных программ отвечает актуальным проблемным запросам и может быть легко адаптирована и реализована в центрально-азиатском регионе.

Однако наряду с сильными сторонами данных программ существуют и некоторые уязвимые стороны не в плане их качества, а в плане их тематического расширения и диверсификации.

#### **Специфика работы врача и отношений врач-пациент**

Основной профессиональный потенциал, занятый в проектах и программах профилактики распространения ВИЧ в странах Центральной Азии – это врачи, психологи, педагоги, социальные работники, консультанты-волонтеры, представители неправительственных организаций (НПО), национальные и международные тренеры. Если говорить о врачебных специальностях, то наиболее часто в проектной деятельности заняты врачи эпидемиологи, врачи центров СПИД, врачи-дерматовенерологи, врачи-ги-

некологи, врачи-инфекционисты, врачи-наркологи, врачи-психотерапевты.

Занятость врачей, участвующих в проектной деятельности по профилактике ВИЧ, не является освобождённой и основной. Врачи имеют постоянное место работы и параллельно заняты в проектной деятельности. При этом основная рабочая нагрузка часто превышает 1,5 ставки, при нормативной нагрузке 1,0 ставки. Необходимость перерабатывать, то есть работать сверх нормы по основной специальности, обоснована крайне низким уровнем заработной платы врача. Средняя зарплата врача в РТ составляет 120 сомони, что в эквиваленте составляет 30 USD в месяц. Этим же обоснованы и мотивы участия в проектной деятельности некоторых специалистов. То есть, часто, изначальным мотивом участия в проектной деятельности является не духовная потребность причастности к миссии, а возможность дополнительного заработка. Необходимо отметить, что этот факт не предполагает обязательного следствия – низкого уровня ответственности в плане своих профессиональных обязанностей, связанных с деятельностью проекта.

Западному врачу, возможно, сложно представить такую ситуацию, которая часто проговаривалась участниками семинаров-тренингов в странах Центральной Азии. Например, врач работает на 1,5-2,0 ставки и находится на рабочем месте с 8:00 часов до 20:00 часов. Бывают случаи, когда врач, отработав целый день в одной организации, остаётся на ночное дежурство (часто без права сна). Время ночного дежурства с 18:00 до 08:00. Утром он остаётся на следующий день и работает целый день. Вторую ночь он снова дежурит, но уже не в основной организации, а в той, где он берёт подработку. И отработав свое второе ночное дежурство, он остаётся на третьи сутки дневной работы на своей основной работе. Таким образом, врач работает непрерывно 2,5 суток. При этом он параллельно выполняет работу, связанную с проектной деятельностью.

Второй ситуацией, возможно, сложной для воображения западного врача, является размытость профессиональных и личностных границ и смешение/диффузия профессиональных и личностных обязанностей-потребностей в отношениях врач –

пациент. Например, врач-гинеколог курирует клиента/пациента – беременную женщину. После окончания его рабочего дня профессиональные отношения врача и клиентки/пациентки не заканчиваются. Врач предлагает свои услуги и в нерабочее время. Клиентка/пациентка или её родственники могут звонить врачу домой в любое время суток, включая нерабочие (выходные, праздничные) дни. Зачастую этот врач параллельно консультирует других членов семьи, но не как врач-гинеколог, а как врач «широкого профиля». То есть врач оказывает услуги в области других медицинских специальностей, а иногда и услуги среднего медперсонала, например, делает уколы, массаж, измеряет артериальное давление и пр. Он становится своеобразным семейным врачом, семейным консультантом, психологом, другом семьи. Таким образом, врач смешивает профессиональное и личное пространство в одно единое, тем самым ещё увеличивая свою эмоционально-энергетическую нагрузку. Мотивом такого рода также нередко является увеличение материального дохода. Необходимо отметить, что увеличение материального дохода в этом случае не является единственным мотивом. Существуют и другие мотивы, о которых будет сказано в разделе «Синдром эмоционального выгорания».

### **Консультанты и волонтеры**

В проектах или программах, направленных на профилактику распространения ВИЧ в странах ЦА важную роль играют консультанты и волонтеры. Эти специалисты напрямую работают с группами риска по ВИЧ-профилю (потребители инъекционных наркотиков (ПИН), секс-работницы (СР), мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ)). Нередко – это люди, в прошлом, сами относились к группам риска, например, являлись потребителями инъекционных наркотиков или наркозависимыми лицами, секс-работниками и пр. Или же, если речь идёт о ВИЧ-сервисных организациях, это люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ). Для проекта – это хорошо. Участие в проекте таких людей является сильной его стороной. Такой консультант легче и ближе будет допускаться в личностное пространство клиентов целевых групп. Его прежний статус уже определяет принцип «равный – равному» в глазах клиента. Нормативное поведение консультанта даёт надежду клиенту, что он также сможет справиться со своей проблемой. Участие в проектной деятельности таких специалистов само по себе разрушает стигму или противодействует формированию стигмы в отношении уязвимых социальных групп населения (ПИН, СР, МСМ, ЛЖВ и пр.).

Однако необходимо отметить следующий факт. В странах Центральной Азии не хватает социальных программ, а также недостаточно активно развито движение групп самопомощи и взаимной поддержки – Анонимные алкоголики (АА), Анонимные нар-

команы (АН), ЛЖВ и пр. Люди в ближайшем прошлом или своим настоящем, имеющие проблемы, ассоциирующиеся с ВИЧ, для более успешной ресоциализации, крайне нуждаются в эмоциональной поддержке и психологическом сопровождении. Часто работа в проекте в качестве консультанта или волонтера является единственной возможностью получить какую-либо помощь – моральную или материальную. И тогда совсем неокрепшие люди с душевными ранами, с психологическими, эмоциональными, социальными проблемами вынуждены быть эмоциональными помощниками другим людям.

В своей сути это нормально, если учитывать баланс между тяжестью проблемы и силой психосоциальной устойчивости этого специалиста. Но ведь часто это выглядит так, как если представить ситуацию, когда один израненный, окровавленный, теряющий силу человек оказывает экстренную медико-психологическую помощь другому раненному человеку. Это может являться нормой, если это единичный случай, но это не является нормой, если этот израненный человек устраивается на постоянную работу и всё время работает в таком состоянии.

На психологических группах с женщинами, которые являются ЛЖВ и работают в проектах профилактики ВИЧ, многие участницы говорили о том, как тяжело им работать в качестве консультантов, волонтеров или же психологов. Как сильно они переживают проблемы людей, приходящих к ним за помощью. Как они обостренно чувствуют их боль. Как они становятся для новых участников программы (ЛЖВ), практически всеми значимыми людьми в жизни: матерью, сестрой, адвокатом, медиатором, кредитором и так далее и тому подобное. Рассказывая о своём профессиональном опыте на группе, они часто плакали, говорили о том, что их силы на исходе и, что им негде самим получать эмоционально-психологическую подпитку и поддержку. Нет, они не жаловались. Это не были жалобы или претензии на профессиональные трудности или судьбу. Это скорее было похоже на слабый выдох уставшего и изможденного путника-проводника.

На вопрос: «Есть ли у Вас кто-нибудь, с кем бы Вы могли поговорить о своей жизни, кто бы мог разделить с вами вашу боль?» участницы, как правило, давали отрицательный ответ. Если они и получали эмоциональную помощь и поддержку, то эта помощь исходила от коллег по проекту. На тренинговых занятиях этим людям, чтобы они не чувствовали себя одинокими, давалась одна психологическая техника «Письмо ангелу» – им было необходимо писать письма их ангелам-хранителям. И эти люди начали писать эти письма. Эти письма вызывали слезы и глубокое сочувствие практически у каждого, кто слушал эти откровения. С разрешения авторов ниже будут приведены некоторые «Письма ангелу», ничего не меняя в них, оставляя без изменений, так, как они были написаны самими авторами.

---

---

*Время полночь, почти час. Где ты мой Ангел? Приди. Я хочу с тобой поговорить.*

*Я не знаю, по чьей просьбе ты спустился на землю. Может, тебя попросили мои родители, а может быть моя дочь? Тебя не видно, но я сердцем чувствую тебя, твою поддержку, слышу твой голос. Ты спустился, чтобы оберегать меня.*

*А помнишь нашу первую встречу? Когда я узнала о своем статусе, мне не хотелось жить. Я стояла на проезжей части дороги, вот тут я впервые услышала твой голос. Ты сказал: стой, остановись, ты не имеешь права на этот шаг, просто оглянись назад, туда, откуда ты пришла. Тебя дома ждут твои родные, твои дети, в частности твоя дочь, которая так нуждается в тебе. Неужели ты способна на такое предательство? Ангел мой, ты помнишь это?*

*Чтобы дальше жить, мне нужно было заново родиться, и в этом мне помог ты. Ты был всегда рядом. Ты был рядом, когда мне было плохо, ты был рядом, когда я отчаявалась и опускалась руки, ты был рядом, когда я теряла надежду. Ты всегда говорил: ты сможешь, ты сможешь, и ты должна.*

*Милый мой ангел, я безмерно благодарна тебе за все. Ты оберегаешь мой покой. Я хочу попросить тебя, ведь тебе ничего не стоит облететь земной шар. Я тебя очень прошу, будь рядом с моей дочкой О., защити и оберегай эту беззащитную девочку, не дай ей упасть с высоты, на которую она карабкается своими силами, не дай ей потерять надежду на счастье и на светлое будущее. Будь рядом с ней вместо меня далеко от Родины.*

*Милый мой Ангел, я очень устала. У меня даже иногда нет сил плакать, хотя душа рыдает на-вздых. Ты когда-нибудь видел сухие слезы? А мне ведь нужно помогать тем людям, которые ждут от меня помощи. Людям, которые только что узнали о своем статусе, и которые, как и я когда-то находятся в жутком отчаянии и миллиметре от самоубийства. Я хочу помочь этим людям. Кто им поможет, как не я? Дай мне немного сил, Ангел!*

*И еще кое-что. Ангел, можешь ли ты также быть рядом и оберегать моих детей, когда Всевышний заберет меня к себе? Подумай и завтра ночью скажешь мне ответ. Ты знаешь, что у меня бессонница, и мы сможем с тобой об этом поговорить. С моей дочерью О. ты можешь быть целыми днями, а по ночам, пожалуйста, возвращайся ко мне, поговори со мной. Я буду ждать тебя. Спокойной ночи.*

И., участница тренинга в г. Душанбе, 2010 г.

Организаторы программ должны учитывать этот баланс между тяжестью возможно существующей проблемы специалиста и силой его психосоциальной устойчивости. И если такие люди привлекаются к проектной деятельности в качестве волонтера или консультанта, то в обязательном порядке должны быть предусмотрены мероприятия и возможности для этих специалистов, направленные на их эмоционально-психологическую поддержку.

### **Психотерапевты и психологи**

Пожалуй, самыми ключевыми, по крайней мере, самыми востребованными специалистами проектов, деятельность которых связана с работой с людьми, входящими в группы риска по профилю ВИЧ, являются психотерапевты и психологи. В каждом проекте, в каждой организации, реализующей проект, предусмотрены должности психологов. Но, к сожалению, практически у всех психологов, занятых в проектной деятельности, отсутствовали базовое образование и диплом психолога. В лучшем случае у этих специалистов были сертификаты участия в краткосрочных программах по избранным вопросам психологии. Они так себя и называли «сертифицированный психолог». Эти люди достойны высокого уважения за их желание и готовность помогать людям, исцелять их души. У некоторых из них это получается достаточно профессионально. Однако,

не имея базового психологического образования, они стараются помогать людям так, как умеют. И часто эти люди эмоционально сгорают, устают от своей любимой работы. Часто они не знают, что им делать в той или иной ситуации. У них не хватает базовых знаний. Много среди них людей, не решивших свои собственные проблемы, которые мешают правильно и эффективно работать психологом. Практически каждый из этих специалистов отмечал, что у них отсутствуют возможности в отношении получения базового образования, регулярного повышения профессиональной компетентности, возможности самим обратиться за психологической помощью.

Многие сотрудники, работающие в проектах психологами, сообщали о том, как сильно востребована психологическая помощь среди общего населения Таджикистана. Как только люди узнавали о том, что эти специалисты работают психологами, они обращались к ним с просьбами о психологической помощью.

В РТ, как и в других странах Центральной Азии острой является проблема крайнего дефицита дипломированных специалистов психологов, отсутствует психологическая и психотерапевтическая школа и практически отсутствует психологический, психотерапевтический сервис. Эта проблема является актуальной не только для успешной реализации про-

ектов, противодействующих распространению эпидемии ВИЧ, но и для профилактики неинфекционных эпидемий XXI века, таких как наркомания, депрессия, экстремизм и пр. Эта проблема является крайне актуальной для психологического здоровья и равновесия всего народа стран. Если говорить о Таджикистане, то исторически сложилось, что народ РТ пережил войну. Отголоски этой войны ещё не утихли в душе практически каждого человека, с кем доводилось встречаться или работать. Слишком мало прошло времени. Народ Таджикистана – удивительный и замечательный народ, народ, имеющий свою великую историю. Это мудрые, добрые, гос-

теприимные, терпимые и очень терпеливые люди. Но они крайне нуждаются в огромной армии таких дипломированных специалистах, как психотерапевты, психологи. Без психологического сопровождения граждан и психологической помощи им невозможен процесс рациональной переработки психотравматических событий, расставания с болезненным и травматичным прошлым. А без этого процесса невозможно адекватное принятие и восприятие своего настоящего.

Следовательно, без психологического сопровождения невозможен и процесс планирования и строительства процветающего будущего страны. И это так.

**Список использованной литературы:**

1. Вербер Б. Империя ангелов: Роман / Пер. с фр. А. Агафонова. М.: РИПОЛ классик: ГЕЛЕОС, 2007. – 448 с. / Bernard Werber L'Empire des Anges, 2000;
2. Декларация о приверженности делу борьбы со СПИДом Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН, 2001;
3. Россинский Ю.А., Рахмазова Л.Д., Ескалиева А.Т. «Эмоциональные расстройства у больных наркоманией, инфицированных ВИЧ», Павлодар, 2006, – 180 с.;
4. Россинский Ю. А., Семке В.Я., Асланбекова Н.В. Качество жизни и психическое здоровье врачей стационарного профиля. – Павлодар. – 2008. – 319 с.;
5. Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ.– М., 1990.– 361 с.;
6. Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам.– СПб.: Питер, 1998.– 373 с.;
7. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания / М. М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3-9;
8. Снижение стигмы и дискrimинации в связи с ВИЧ: важная часть национальных программ по СПИДу: Материал для национальных участников мер в ответ на ВИЧ. ЮНЭЙДС/08.22R/JC1521R (перевод на русский язык, апрель 2008 г.). / Оригинал: на английском языке, ЮНЭЙДС/07.32E / JC1420E, декабрь 2007 г: Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes: a resource for national stakeholders in the HIV response;
9. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / И. Ялом.– СПб.: Изд-во Питер, 2000.– 640 с.

УДК 159.99+364.446+614.253

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ:  
КВАЛИФИКАЦИЯ И ПОДГОТОВКА ПРОФЕССИОНАЛА-СПЕЦИАЛИСТА**

Ю.А. Россинский

д.м.н., заведующий кафедрой «Педагогика и психология» Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), консультант-тренер образовательных программ ООН в Центральной Азии

**Специфика базового образования профессий  
психотерапевт, психолог в странах постсоветского  
пространства**

Важным звеном профессионального потенциала, занятого в проектах и программах профилактики распространения ВИЧ в странах Центральной Азии (ЦА), являются врачи-психотерапевты и психологи. Указанные специалисты являются ключевым звеном в реализации практических задач про-

екта и предоставления услуг основным бенефициарам проекта. Данные профессии являются крайне энергозатратными и часто приводят к эмоциональному выгоранию специалиста. Важным моментом как в уровне подготовки психотерапевта и психолога, так и в вопросах профилактики эмоционального выгорания обозначенных специалистов является базовое и постдипломное образование. В связи с этим, нам хотелось остановиться на несколь-

ких очень важных моментах в отношении специальности психотерапевт и психолог, касающихся специфики их базового образования в странах постсоветского пространства, в частности центрально-азиатского региона.

Психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;

Психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности;

Гарантированным является разнообразие терапевтических методов;

Образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально; оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супervизора; одновременно приобретаются широкие представления о других методах;

Доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук.

Страсбургская Декларация ЕАП.  
Страсбург, 21 октября 1990 г.

В странах бывшего Советского Союза, относящихся к центрально-азиатскому региону, специальность «Психотерапия» и специальность «Психология» являются принципиально разными специальностями. Психотерапия является сугубо медицинской специальностью. Например, согласно законодательным документам Республики Казахстан (РК), психотерапевтом может работать человек: 1) имеющий высшее медицинское образование; 2) прошедший интернатуру по специальности «Психиатрия»; 3) прошедший первичную специализацию по психотерапии. Человек, не имеющий базового высшего медицинского образования, не имеет права работать в качестве психотерапевта. Таким образом, психотерапия в странах Центральной Азии является сугубо медицинской клинической специальностью. Психология как специальность, в основном, преподается в педагогических ВУЗах. И эти специалисты не имеют возможности реализовать себя в области психотерапии личностных проблем.

В странах Европы и США специальность «Психотерапия» является психологической специальностью. Работу психолога часто называют психотерапией или просто терапией, что неприемлемо для стран постсоветского пространства. Также, в странах Европы и США, чтобы работать психологом, не обязательно иметь высшее медицинское образование. Человек, имеющий базовое высшее гуманитарное образование, может обучаться по специальности психология. Таким образом, специальность психотерапия и psychology в этих странах ассоциируются как одна специальность.

Вторым важным моментом являются процессы получения образования и получения специальности и лицензии на право заниматься психологической/ психотерапевтической практикой.

В странах Европы и США процесс получения образования по специальности «Психология» и право заниматься психотерапией включает в себя три обязательных компонента: теоретическую подготовку, личностную терапию и супервизию.

Для того чтобы стать психологом, будущий специалист в первую очередь должен иметь обязательную теоретическую базовую подготовку в определённом объёме часов.

После получения образовательного диплома по психологии в случае, если специалист планирует заниматься психотерапевтической практикой, он в обязательном порядке должен пройти курс психотерапии – личностной терапии. Это необходимо для того, чтобы психолог, прежде чем начнет заниматься психотерапией с клиентом, должен проработать свои личностные проблемы, чтобы минимизировать вероятность вторжения собственных проблем в процесс психотерапии. Если психолог не разрешил собственные проблемы, то психотерапия, как минимум, будет неэффективной. А в некоторых случаях это может не только ухудшить качество психотерапии и не быть полезной для клиента, но и причинить серьёзный вред клиенту.

После того, как специалист прошел курс личностной терапии, он в обязательном порядке проходит процедуру супервизии. Он работает самостоятельно, но за его работой наблюдает безусловный профессионал – супервизор, который в итоге делает выводы в отношении профессионально-личностной компетентности специалиста психолога/психотерапевта. Заключением супервизора могут быть рекомендации психологу продолжить курс личностной психотерапии или не заниматься психотерапией вовсе.

После того, как психолог приступил к самостоятельной психотерапевтической практике, он регулярно через определенное количество лет должен проходить последипломное повышение квалификации и личностную терапию. Без этого он не сможет продлить свою лицензию на право заниматься психотерапевтической практикой.

В странах постсоветского пространства дело обстоит иначе. Если речь идёт о специальности врача-психотерапевта, то основанием для его психотерапевтической практики, как было уже указано выше, является наличие высшего медицинского образования, интернатуры по психиатрии и первичной специализации по психотерапии. Это касается теоретического образования. Два компонента – личностная терапия и супервизия – отсутствуют. Специалисту достаточно получить диплом или сертификат психотерапевта, и он может заниматься психотерапевтической практикой. Сте-

---

---

пень зрелости личности психотерапевта, или же наличие/отсутствие личностных проблем – не является фокусом внимания для лицензирования деятельности такого специалиста. Я неоднократно встречался с психотерапевтами, которые имели весьма серьёзные личностные проблемы, и которых нежелательно допускать к психотерапевтической практике. Я был свидетелем ситуаций и знал случаи, когда психотерапевты вступали в сексуальные отношения со своими клиентами, самоутверждались за счёт клиентов, унижали или прилюдно оскорбляли своих клиентов, вступали в непрофессиональные отношения. Например, я был свидетелем ситуации, когда психотерапевт-нарколог, имеющий серьёзные проблемы с алкогольной зависимостью лечил клиента, имеющего алкогольную зависимость, и отправлял клиента, чтобы тот купил алкоголь, после чего они вместе его употребляли. Я, к сожалению, неоднократно слышал от психотерапевтов признания о том, как они ненавидят своих клиентов. В данном случае речь идёт о моем опыте общения с психотерапевтами и психологами, как государственного сектора здравоохранения, так и негосударственного сектора в целом по Центральной Азии, включая Республику Казахстан, за все годы моей профессиональной деятельности.

Что же касается психотерапевтической деятельности психологов, то есть лиц, имеющих психологическое образование, то их деятельность вовсе не подлежит лицензированию. Например, в Казахстане, коррекцией психологических проблем, то есть психотерапией имеет право заниматься или врач-психотерапевт или врач-психолог – врач, прошедший первичную специализацию по психологии. Психологи, получившие образование в педагогических вузах и прошедших специализацию по клинической психологии, законодательно не имеют права работать в медицинских учреждениях и заниматься психотерапией. В частном порядке психолог может заниматься психотерапией, и на это не нужна процедура лицензирования. Деятельность психолога в этом случае никто не контролирует и не отслеживает. Также как и в ситуации с врачами-психотерапевтами в образовательной системе по специальности «Психология» отсутствуют два важнейших компонента: личностная терапия и супervизия. Степень зрелости личности психолога, или же наличие/отсутствие личностных проблем, также не является фокусом внимания.

Я привожу эту информацию отнюдь не для того, чтобы репрессировать деятельность психологов-психотерапевтов, как участников проектов. Нет. Я уже говорил, как я восхищаюсь самоутверженностью тех людей, кто отдаёт себя, часто без остатка, другим людям. Я говорю всё это для того, чтобы организаторы проектов учитывали возможность получения образования, профессиональной

и психологической помощи теми людьми, кто работает в проектах в качестве психологов-психотерапевтов. Ситуация с Данко, сжигающего собственное сердце и умирающего ради других людей, не является оправданной и обоснованной для настоящего времени.

### **Что можно сделать в этой ситуации**

Автор не ставит перед собой цель: критиковать или оценивать уровень ответственного отношения врача к своему здоровью, если речь идёт о его переработке и переутомлении; подвергнуть критике уровень профессиональной компетентности и личностной зрелости психологов или психотерапевтов; или блокировать деятельность тех людей, занятых в работе проекта, у которых нет достаточного образования. На сегодняшний день именно так обстоят дела. И это не может не сказываться на качестве профессиональных услуг, а, следовательно, и на общей эффективности проектов. И с этим нужно что-то делать.

#### *A что можно сделать в этой ситуации?*

Автор высказывает сугубо личную точку зрения, которая ни в коем случае не является ультиматумом, требованием или назиданием и считает, что при организации проектов ООН, направленных на профилактику эпидемии ВИЧ в странах Центральной Азии, необходимо инициировать отдельные проекты или мероприятия, направленные на укрепление человеческих ресурсов, профессионального потенциала – людей, реализующих данные проекты (врачей, консультантов, волонтеров, психологов, менеджеров).

*Первым, что представляется крайне актуальным и рациональным*, – это инициации проекта, который позволил бы обучить и подготовить группу практических дипломированных психологов, способных компетентно оказывать психологическую помощь и психотерапевтические услуги в РТ. Для начала, из числа желающих и имеющих высшее образование лиц, нужно отобрать группу из 40 человек (20 человек для города Душанбе, по 10 человек для городов Худжанд и Куляб) и финансировать их дистанционное обучение. Обучение может проходить в учебном заведении, которое сможет предоставить специализацию по практической психологии, психологии в системе здравоохранения и т.п. В течение 3-х лет группа дипломированных практических психологов может быть подготовлена. В последствие эти специалисты могут выступать в качестве национальных тренеров, экспертов, практических специалистов.

*Вторым направлением* проектной деятельности по укреплению человеческих ресурсов, профессионального потенциала должна стать профилактика эмоционального выгорания среди уже работающих специалистов и ключевых сотрудников проектов. Это могут быть социально-психологи-

ческие тренинги (группы встреч, тренинги личностного роста), где в основной степени работа будет направлена именно на личностный рост участников и профилактику их эмоционального выгорания.

*Третьим направлением* мероприятий могут являться регулярные психологические тренинги личностного роста или психотерапевтические группы для специалистов, работающих в качестве психологов проекта и психотерапевтов. Инициация личностной терапии для действующих психологов, психотерапевтов существенно укрепит профессиональный потенциал и повысит уровень их профессионально-личностной компетентности. В последствие из числа дипломированных психологов можно будет подготовить национальных тренеров по проведению данных тренингов.

*Четвертым направлением* могут стать группы профессиональной супervизии, а также формирование и инициация постоянной деятельности профессиональных групп самопомощи, например, создание действующих балинтовских групп. В связи с этим можно отметить положительный опыт создания балинтовской группы в городе Душанбе. В 2009 году на базе Центра по психическому здоровью и ВИЧ/СПИД – Таджикистан (MHAIDS) была проведена группа личностного роста для сотрудников данной организации. По завершению тренинга была создана балинтовская группа, которая впоследствии продолжила работу самостоятельно.

Балинтовская группа – метод групповой тренинго-исследовательской работы, получивший название по имени своего создателя – М. Балинта, про-

водившего с 1949 г. в клинике Тависток в Лондоне дискуссионные групповые семинары с практикующими врачами. Центральный объект исследования в классической Балинтовской группе – отношения «врач-пациент», «консультант-клиент». Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики её членов. Это могут быть «трудные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача/консультанта; текущие случаи и возможные терапевтические ситуации, даже возможность возникновения которых волнует врача/консультанта.

Следующим важным направлением может являться организация психологических тренингов по психологическим аспектам стигмы и профилактике стигматизации среди сотрудников проекта по отношению к уязвимым социальным группам (ПИН, СР, МСМ, ЛЖВ и пр.). Это очень важный вопрос, т.к. многие специалисты находятся в состоянии амбивалентности в плане их морально-этического отношения к лицам, относящимся к вышеуказанному контингенту.

Если всего этого не делать, то неизбежным будет: ухудшение психологического здоровья и увеличение количества психоэмоциональных проблем среди специалистов проектов; разочарование в профессиональной или проектной деятельности, и, как следствие, снижение качества работы, а соответственно и услуг; повышенная текучесть кадров, обеспечивающих реализацию проекта. А стало быть, ухудшение эффективности самих проектов, утрату доверия со стороны целевых групп и общего населения по отношению к проектной деятельности.

#### **Список использованной литературы:**

1. *Декларация о приверженности делу борьбы со СПИДом Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН, 2001;*
2. *Доклад о теологическом семинаре на тему стигмы в связи с ВИЧ/СПИДом, 8-11 декабря 2003 г., Виндух, Намибия / При поддержке ЮНЭЙДС. ЮНЭЙДС/05.01R (перевод на русский язык, апрель 2005 г.). / Оригинал: на английском языке, ЮНЭЙДС/04.01E, февраль 2005 г.:A Report of a Theological Workshop Focusing on HIV- and AIDS-related Stigma;*
3. *Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия / К.Р. Роджерс // Новейшие подходы в области практик работы / Пер. с англ.– М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с.;*
4. *Россинский Ю. А., Семке В.Я., Асланбекова Н.В. Качество жизни и психическое здоровье врачей стационарного профиля. – Павлодар. – 2008. – 319 с.;*
5. *Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ.– М., 1990.– 361 с.;*
6. *Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания / М. М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3-9;*
7. *Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / И. Ялом.– СПб.: Изд-во «Питер», 2000.– 640 с.;*
8. *Cameron, E. Legislating an epidemic: the challenge of HIV/AIDS in the workplace. 2007. ILO Headquarters;*
9. *Goffman E. Stigma: notes on the management of a spoiled identity. New York: Simon and Schuster. 1963;*

## ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ПРОТИВODEЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ: ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СЕМИНАР-ТРЕНИНГ

Ю.А. Россинский

д.м.н., заведующий кафедрой «Педагогика и психология» Инновационно-го евразийского университета (г. Павлодар), консультант-тренер образова-тельных программ ООН в Центральной Азии

За период работы в образовательных проектах ООН в Центральной Азии с 2003 г. по 2011 г. проводимые семинары-тренинги включали, среди прочих тем, темы «Стигма и дискриминация» и «Синдром эмоционального выгорания (СЭВ)». В процессе реализации образовательных программ семинары-тренинги на вышеуказанные темы существенно были переработаны. В них в обязательном порядке были включены темы, раскрывающие психологические аспекты этих феноменов. Второй инновацией явилось изменение формата образовательной программы. Помимо информационного компонента и тренинговой части, предусматривающей совершенствования практических умений и навыков, был добавлен психологический тренинговый компонент, предполагающий работу с личностным пространством участника. Психологический тренинговый компонент в своей сущности явился интегративным вариантом тренинга личностного роста по типу «Группы встреч». Прежде чем раскрыть сущность психологического компонента семинара-тренинга, хотелось бы привести структуру традиционных образовательных программ.

### Структура образовательных программ

Структура образовательных программ предполагает информационно-теоретический и информационно-практический компоненты. Для успешной реализации образовательных программ и повышения их эффективности большое внимание уделяется также организационному и психологическому компонентам этих программ.

*Информационно-теоретический компонент.* Основной целью информационно-теоретического компонента является повышение уровня знаний в отношении представляемой тематики. Этот компонент реализуется посредством лекций. Основной формой реализации этого компонента являются семинары.

*Информационно-практический компонент.* Основной целью информационно-практического компонента является повышение уровня профессиональных умений и навыков в области представляющей тематики. Этот компонент реализуется посредством тренингов (упражнений, ролевых игр и пр.).

*Организационный компонент.* Основной целью организационного компонента является создание комфортных условий для обучения. Данный компонент включает в себя аренду соответствующего

помещения, оснащение программы необходимыми техническими средствами, раздаточным материалом и пр.

*Психологический компонент.* Основной целью психологического компонента является создание благоприятной эмоциональной атмосферы среди участников. Данный компонент включает различные нормы и правила взаимоотношений среди участников программы, а также различные психологические упражнения – айс-брейкеры и пр.

### Инновации образовательной программы

*Инновации в рамках информационного и тренингового компонента образовательной программы*

Обязательными компонентами теоретического блока информационно-психологических семинаров-тренингов, проводимых в Республике Таджикистан (РТ) в период 2009-2010 гг., явились темы, касающиеся психологических, персонологических и культуральных аспектов проблемы ВИЧ/СПИДа. Одной из основных задач являлось приобретение участниками семинара-тренинга необходимых и достаточных знаний в вышеуказанной области.

Помимо прочих, в теоретическом блоке, например, рассматривались такие темы, как:

- психологические аспекты поведения консультанта с потенциальным клиентом и членами его семьи;
- психологические аспекты поведения консультанта в процессе проведения до тестового и после тестового консультирования;
- психологические механизмы принятия факта инфицирования ВИЧ;
- феноменология и персонология стигмы и стигматизации; психология профессионального выгорания и др.

Формирование полноценного толерантного отношения к объектам общественной стигмы возможно в первую очередь через отождествление специалистом личности клиента с собственной личностью в плане единства человеческого предназначения и равноправия шансов на успешную самореализацию в жизни. Вторым психологическим механизмом, обеспечивающим истинные отношения диады специалист – клиент по принципу «равный – равному», является растождествление личности/персоны и его поведения. Когда специалист разделяет личность клиента и поведение клиента и понимает разли-

чия при их оценках. Поэтому, в информационно-психологических семинарах-тренингах, проводимых в РТ в период 2009-2010 гг. как обязательные, были включены темы:

- а) психология развития личности;
- б) функциональная и дисфункциональная личность;
- в) психология семейных отношений и влияние семьи на развитие личности;
- г) персонология ПИН;
- д) персонология ЛЖВ и др.

Основными практическими задачами в плане формирования и совершенствования профессиональных навыков являлись: мотивационное интервьюирование; основы психологического консультирования уязвимых групп населения (ЛЖВ, потребители инъекционных наркотиков (ПИН), секс-работницы (СР)); психологические аспекты предотвращения конфликта с потенциальным клиентом и членами его семьи и др.

Очень важным практическим компонентом информационно-психологических семинаров-тренингов, проводимых в РТ в период 2009-2010 гг., явилась деятельность, которая касалась персонального пространства и личностного роста участников (выявление и проработка собственных проблем, развитие эмоциональной компетентности, аутентичности и пр.). Основными задачами данного компонента являлись: диагностика и проработка собственных негативных установок и внутренней стигмы к уязвимым группам населения (ЛЖВ, ПИН, СР); формирование собственных установок терпимого / толерантного отношения к уязвимым группам населения (ЛЖВ, ПИН, СР); диагностика признаков СЭВ; повышение стрессо-устойчивости и разработка собственного алгоритма профилактики профессионального эмоционального выгорания.

Однако, традиционные семинары-тренинги, как правило, не предполагают работы с личностным пространством участника в плане его личностного роста. Также, традиционные образовательные программы не предполагают работы с заявляемой личностной проблемой участника, как вариантом психологического консультирования или личностной терапии (психотерапии). Поэтому в информационно-психологических семинарах-тренингах, проводимых в РТ в период 2009-2010 гг., были добавлены эти компоненты. Таким образом, модифицированная образовательная программа включала в себя дополнительный – психологический – тренинговый компонент.

*Психологический тренинговый компонент.* Основной целью психологического тренингового компонента является личностный рост участника про-

грамммы и, при необходимости, его личностная терапия. Данный компонент включает в себя работу, как с личностным пространством участника, так и с заявляемой проблемой, если есть такие случаи. Основной формой данного компонента явился психологический тренинг личностного роста по типу «Группы встреч».

### *Группы встреч*

*Есть все возможности для быстрого развития близости между людьми, не искусственной близости, а настоящей и глубокой, которая хорошо приспособится ко всё увеличивающейся мобильности нашей жизни. И временные взаимоотношения смогут достичь такой глубины и значимости, которая ранее ассоциировалась лишь с подлинной дружбой.*

Карл Роджерс

Группы встреч – это групповая психотерапевтическая методика, предложенная американским психологом, одним из основателей гуманистического направления в психологии Карлом Роджерсом в 60-х годах XX века. Общепринятый английский термин «Группы встреч» – Encounter-group. Основной акцент в группах встреч делается:

- на личностный рост участников;
- на осознание участниками своих возможностей;
- на открытость новому опыту в любой момент времени;
- на раскрытие и выражение чувств и эмоций каждого участника, а также на внимание и принятие чувств других людей.

Руководитель или тренер такой группы с помощью различных упражнений создает атмосферу безопасности, доверия. Тем самым тренер способствует снятию психологических защит, срыванию «масок» (привычных социальных ролей), поощряет участников к открытому и спонтанному проявлению своих чувств и эмоций, что дает возможность каждому оценить свои сильные и слабые стороны, осознать ошибочные стереотипы поведения.

Данная модель, которую можно назвать информационно-психологическим семинаром-тренингом, явилась достаточно эффективной и вызвала положительные отзывы со стороны участников образовательных проектов. В региональный офис ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС в Республике Таджикистан (г. Душанбе) поступают письма от участников семинаров-тренингов, с просьбами продолжить работу в таком формате.

---

---

**Список использованной литературы:**

1. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия / К.Р. Роджерс // Новейшие подходы в области практик. работы / Пер. с англ.– М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.– 464 с.;
2. Россинский Ю.А., Рахмазова Л.Д., Ескалиева А.Т. «Эмоциональные расстройства у больных наркоманией, инфицированных ВИЧ», Павлодар, 2006, – 180 с.;
3. Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ.– М., 1990.– 361 с.;
4. Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам.– СПб.: Питер, 1998.– 373 с.;
5. Стигма, дискrimинация и нарушения прав человека в связи с ВИЧ. Тематические исследования успешных программ. Коллекция ЮНЭЙДС «Лучшая практика». ЮНЭЙДС/05.05R (перевод на русский язык, май 2005 г.). / Оригинал: на английском языке, ЮНЭЙДС/05.05E, апрель 2005 г. HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: case studies of successful programmes;
6. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / И. Ялом.– СПб.: Изд. «Питер», 2000.– 640 с.

---

---

## РЕЗЮМЕ

### **МОДЕЛЬ ДВУХУРОВНЕВОЙ РАЗВИВАЮЩЕЙ КОММУНИКАЦИИ КАК БАЗИСНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ВЫСОКИХ УРОВНЕЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ВОВЛЕЧЕНИЮ В ДЕСТРУКТИВНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ**

А.Л. Катков

В статье «Модель двухуровневой развивающей коммуникации как базисная технология формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии» автором - А.Л. Катковым – подробно описываются структурные и содержательные характеристики модели двухуровневой развивающей коммуникации. Приводятся научно обоснованные аргументы в пользу данной модели как основной схемы обеспечения наиболее востребуемого психотерапевтического эффекта - достижения значительных результатов в ограниченные временные периоды. Обосновываются макротехнологические, метатехнологические и структурно-технологические подходы, обеспечивающие актуализацию глубинного уровня технологической коммуникации. Рассматриваются результаты использования технологий, разработанных на основе исследуемой модели.

*Ключевые слова:* двухуровневая коммуникация, психотерапия, технологии.

### **УНИВЕРСАЛЬНЫЙ АЛГОРИТМ, ОСНОВНЫЕ МИШЕНИ И ВАРИАНТЫ ПРОЦЕССА ФОРМИРОВАНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ К ВОВЛЕЧЕНИЮ В ДЕСТРУКТИВНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ**

А.Л. Катков

В статье Каткова А.Л. «Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии» приводится описание теоретических и практических результатов комплексного исследовательского проекта в части эффективного противодействия процессу распространения социальных эпидемий. В частности, описывается универсальный алгоритм формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, основные механизмы профилактического и лечебно-реабилитационного воздействия, основные варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии. Приводятся сведения об эффективности диагностических, профилактических и лечебно-реабилитационных технологиях, разработанных на основании полученных теоретических моделей.

*Ключевые слова:* деструктивные социальные эпидемии, устойчивость, мишени.

### **КОМПЛАЕНС В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ**

Г.С. Абдуллина

В статье приведены данные, раскрывающие понятие «комплаенс». Выделены факторы, составляющие данный термин. На примере выборки пациентов доказывается важность субъективной составляющей параметров взаимодействия «психотерапевт-пациент».

### **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ**

Г.С. Абдуллина

В статье отражен «психосоматический» взгляд на природу соматических заболеваний на примере сердечнососудистой патологии. Подчеркнута важность оценки психического статуса и особенностей анамнеза для планирования психотерапевтической работы с данной категорией больных.

---

---

## **ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИХ ГРУПП С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ КЛИЕНТАМИ (структурный анализ)**

Д.Е. Аяганова

В статье обсуждаются вопросы планирования и структурного обеспечения психотерапевтической групповой работы с ВИЧ-инфицированными лицами. Акцентируется внимание на практических проблемах, с которыми могут столкнуться специалисты в данной сфере, на примере опыта проведения отдельной психотерапевтической группы.

### **АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

С.Н. Бугаенко, Г.К. Ахметова, А.З. Нургазина

Шизофрения редко начинается в возрасте ранее 10 лет и позже 50. Примерно 90% всех больных имеют возраст 15-54 года. В современной психиатрии в лечении шизофрении применяется комплексный биopsихосоциальный подход, который включает в себя несколько компонентов: диагностика; биологическая терапия; психотерапия; социальная адаптация. Главное в лечении шизофрении - не полное её искоренение, что далеко не всегда возможно, хотя к этому всегда стремятся, а обучение умению полноценно жить в обществе, несмотря на наличие заболевания.

*Ключевые слова:* шизофрения, лечение шизофрении, психотерапия, групповая психотерапия, социальная адаптация.

### **МЕТАМОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ДЕСТРУКТИВНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ЭПИДЕМИЯМ**

А.Л. Катков

В статье «Метамодель социальной психотерапии как основной инструмент противодействия деструктивным социальным эпидемиям» автора А.Л. Каткова рассматриваются основные характеристики метамодели социальной психотерапии. Описываются структурные элементы, технологии, этапы оказания первичной и специализированной аддиктологической, психотерапевтической помощи. Обозначаются целевые группы населения, охватываемые активностью метамодели социальной психотерапии. Основной акцент делается на полноценный охват групп населения с высокими рисками и признаками вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость адекватными технологиями первичной и специализированной психотерапевтической помощи.

*Ключевые слова:* социальная психотерапия, социальные эпидемии, метамодель.

### **ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ И КОНТЕКСТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ, ОСНОВАННЫХ НА ИДЕЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА**

А.Л. Катков

В статье «Психотерапевтические компоненты и контексты реабилитационных программ, основанных на идее терапевтического сообщества» автора А.Л. Каткова подробно описывается основная идеология и структура программ реабилитации зависимых от ПАВ, построенных по принципу терапевтического сообщества (ТС). Рассматриваются основные компоненты так называемой «необъявленной» психотерапии (т.е. такой модели психотерапевтической помощи, которая не подразумевает использования специальных технологий подготовленными профессионалами-психотерапевтами). Анализируется содержание данных компонентов – когнитивного, поведенческого, ресурсно-ориентированного, семейной и групповой терапии.

*Ключевые слова:* реабилитация зависимых от ПАВ, терапевтическое сообщество, психотерапия.

---

---

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ «12 ШАГОВ»**

А.Л. Катков

В статье «Психотерапевтические компоненты программы реабилитации зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) «12 шагов» автора А.Л. Каткова подробно анализируются основные психотерапевтические механизмы рассматриваемой программы «12 шагов». В частности, рассматривается содержание таких компонентов «необъявленной» психотерапии, как мотивационный, когнитивный, поведенческий, ресурсно-ориентированный, а также компонент групповой психотерапии, являющийся одним из основных компонентов. Исследуются возможности совмещения 12-шаговой программы с реабилитационными проектами, основанными на модели терапевтического сообщества (ТС). В статье делаются выводы о стержневых терапевтических механизмах исследуемой реабилитационной программы.

*Ключевые слова:* реабилитация, «12 шагов», психотерапия.

## **ПСИХОТЕРАПИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ, ВЫСОКОСТРУКТУРИРОВАННЫХ ПРОГРАММАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

А.Л. Катков

В статье «Психотерапия в профессиональных, высокоструктурированных программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ» автора А.Л. Каткова рассматривается роль и место профессиональной психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ (ПАВ). Обозначаются универсальные и специальные цели, задачи, мишени психотерапевтического воздействия. Приводятся сведения об основных психотерапевтических методах, используемых в лечении зависимых лиц. Исследуются возможности определения их эффективности.

*Ключевые слова:* зависимость от ПАВ, реабилитация, психотерапия.

## **МАССОВАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ, КАК СОВРЕМЕННЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПОДДЕРЖАНИЯ ПОЛИТИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ**

М.А. Пушкина

Данная статья объединяет два понятия: *психологово-политическая стабильность страны и социальная психотерапия*. Необходимость такого подхода вызвана тем, что мир претерпевает грандиозные изменения. Выработанные тысячелетиями механизмы поддержания политической стабильности в современном мире не работают.

Массовая социальная психотерапия рассматривается, как комплекс мер, разработанных под одной концепцией – усиление человека, противостоящего внешним угрозам.

*Цель массовой социальной психотерапии* – оптимизация психологического состояния населения.

*Задача массовой социальной психотерапии* – передача населению навыков разрешения актуальных в обществе конфликтов, как это происходит в условиях индивидуального консультирования.

*В концепции массовой социальной психотерапии* необходимо отразить: (1) цель терапии - каких реакций от населения необходимо добиться (какого поведения, образа мысли, выражения эмоций), (2) конечный результат (какое состояние населения необходимо получить в итоге), (3) выработать критерии оценки эффективности социальной психотерапии, (4) разработать технологии реализации.

*Технологии работы массовой социальной психотерапии* могут быть разнообразны от телевизионных программ до первичной психологической помощи – открытие и популяризация психологических центров, обучающие семинары для учителей, как повышение квалификации, развитие интернет-проектов и т.д. В статье подробно разбирается, кто является клиентами массовой социальной психотерапии, отличие массовой социальной терапии от классической социальной терапии.

---

---

## **ТЕЛЕ-, РАДИО- И ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ: МОДЕЛЬ МАССОВОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И ЕЕ АПРОБАЦИЯ**

В.В.Титова

В статье Титовой В.В. рассматривается модель первичной профилактической и консультативной психотерапевтической помощи, реализуемой посредством специализированной телевизионной и радиопрограммы. В 2008 году на базе Санкт-Петербургского телеканала «ТВ 100» и радио «Балтика» была создана еженедельная программа «Час психотерапевта», выходящая в прямом эфире на телевидении и радио. В рамках программы происходит взаимодействие психотерапевта с телезрителями и радиослушателями, позвонившими в эфир и заявившими свою актуальную проблему. Кроме того, у телезрителей есть возможность задать специалисту любой вопрос через SMS-портал (анонимно и бесплатно), телефонного редактора, специально созданный форум на сайте телеканала или по электронной почте. С 2010 г. в структуре программы открыта прямая телефонная «Линия доверия», на которой ежедневно дежурят психотерапевты и психологи. В целом, реализованная модель социальной психотерапии позволяет охватить широкий сектор населения, а также существенно снизить материальные и временные затраты на оказание первичной психотерапевтической помощи.

*Ключевые слова:* психотерапия, социальная, первичная, телепрограмма, помощь.

### **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Г.К. Ахметова

В статье рассматривается актуальность изучения депрессии в пожилом возрасте. Показаны причины возникновения депрессии и депрессивных расстройств у лиц в возрасте старше 65 лет.

*Ключевые слова:* депрессия, депрессивные расстройства, лечение и профилактика депрессии у лиц пожилого возраста.

### **ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Г.К. Ахметова, С.Н. Бугаенко

Актуальность изучения депрессии в пожилом возрасте обусловлена многими причинами. Во-первых, это связано со значительным увеличением числа лиц старше 65 лет. Во-вторых, в последние десятилетия увеличивается встречаемость депрессии в популяции, в том числе и в старших возрастных группах.

*Ключевые слова:* депрессия, депрессивные расстройства, клиника депрессии в пожилом возрасте, причины депрессии.

---

---

### **К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (краткое сообщение)**

А.Е. Жанарбаева

В статье освещаются вопросы эпидемиологии, патоморфоза, этиологии детского аутизма. Показан системный подход к диагностике сборной группы заболеваний. Подчеркнута необходимость качественных когортных исследований для получения достоверных данных о прогнозе и клинико-динамических паттернов аутизма.

---

---

## **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ: СПЕЦИАЛИСТЫ И СОТРУДНИКИ ПРОЕКТОВ**

Ю.А. Россинский

В статье приводится аналитическая информация в отношении деятельности образовательных программ по противодействию эпидемии ВИЧ в Республике Таджикистан, в том числе психологических семинаров-тренингов, которые проводились за период 2008-2010 гг. и имели цель – изменить отношение специалистов услуг здравоохранения проекта к группе риска (потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), СР, МСМ), людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Целью данных программ являлось противодействие стигме, стигматизации в отношении уязвимых групп населения и профилактике синдрома эмоционального выгорания специалистов, работающих в программах ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан.

## **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ: КВАЛИФИКАЦИЯ И ПОДГОТОВКА ПРОФЕССИОНАЛА-СПЕЦИАЛИСТА**

Ю.А. Россинский

В статье приводится аналитическая информация в отношении базового образования профессий психотерапевт, психолог в странах постсоветского пространства, занятых в международных проектах по противодействию эпидемии ВИЧ. Данная информация основана на материале психологических семинаров-тренингов, которые проводились в Республике Таджикистан за период 2008-2010 гг. и имели цель – изменить отношение специалистов услуг здравоохранения проекта к группе риска (ПИН, СР, МСМ), людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Целью данных программ являлось противодействие стигме, стигматизации в отношении уязвимых групп населения и профилактике синдрома эмоционального выгорания специалистов, работающих в программах ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан.

## **ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ: ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СЕМИНАР-ТРЕНИНГ**

Ю.А. Россинский

В статье приводится аналитическая информация в отношении деятельности образовательных программ по противодействию эпидемии ВИЧ в Республике Таджикистан, в том числе психологических семинаров-тренингов, которые проводились за период 2008-2010 гг. и имели цель – изменить отношение специалистов услуг здравоохранения проекта к группе риска (ПИН, СР, МСМ), людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Целью данных программ являлось противодействие стигме, стигматизации в отношении уязвимых групп населения и профилактике синдрома эмоционального выгорания специалистов, работающих в программах ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан.

---

---

## SUMMARY

### **TWO-LEVEL MODEL OF DEVELOPING COMMUNICATION AS A BASIC TECHNOLOGY OF HIGH LEVELS OF RESISTANCE TO ENGAGE IN DESTRUCTIVE SOCIAL EPIDEMICS**

A.L. Katkov

In «Two-level model of developing communication as a basic technology of high levels of resistance to engage in destructive social epidemics» the author, A.L Katkov, describes in detail the structure and content features of the two-level model of developmental communication. Provides science-based arguments in favor of this model as the basic scheme providing most demanded psychotherapeutic effect - achieving significant results in limited time periods. They are motivated macrotechnological, metatechnological and structured-technological approaches, providing actualization deep level to technological communication. They Are Considered results of the use technology, designed on base of the under investigation model.

*Keywords:* two-level communication, psychotherapy, technologies.

### **UNIVERSAL ALGORITHM, THE MAIN TARGETS AND OPTIONS OF THE FORMATION PROCESS OF STABILITY TO ENGAGE IN DESTRUCTIVE SOCIAL EPIDEMICS**

A.L. Katkov

In article of Katkov A.L. "Universal algorithm, the main targets and options of the formation process of stability to engage in destructive social epidemics" describes the theoretical and practical results of complex research project in the process of effectively countering the spread of social epidemics. In particular, it describes the universal algorithm for the formation of high levels of resistance to engage in destructive social epidemics, the basic mechanisms of prevention, treatment and rehabilitation effects, the main options of the formation of the resistance to engage in destructive social epidemics. Provides information about the effectiveness of diagnostic, preventive and therapeutic rehabilitation technologies developed on the basis of theoretical models.

*Keywords:* destructive social epidemics, stability, targets.

### **COMPLIANCE IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS**

G.S. Abdullina

The article presents data revealing the concept of «compliance». The factors that make up the term are marked. For a sample of patients proved the importance of the subjective component of the interaction parameters, «the therapist-patient relationship».

### **PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PATIENTS RECEIVING THERAPY FOR CARDIOVASCULAR DISEASE**

G.S. Abdullina

In the article the «psychosomatic» view of the nature of systemic diseases on the example of cardiovascular disease are reflected. Stressed the importance of assessing mental status and characteristics of the planning history of psychotherapeutic work with these patients.

---

---

## **THE EXPERIENCE OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC GROUPS OF HIV-INFECTED CLIENTS (structural analysis)**

D.E. Ayaganova

In article discusses the issues of planning and structural support psychotherapeutic group work with HIV-infected persons. Focuses on the practical problems that may be encountered experts in the field, based on the experience of the individual psychotherapy group.

### **THE RELEVANCE OF PSYCHOTHERAPY IN SCHIZOPHRENIA**

S.N. Bugenko, G.K. Ahmetova, A.Z. Nurgazina

Schizophrenia rarely begins before the age of 10 and later 50. Approximately 90% of patients are aged 15-54 years. In modern psychiatry in the treatment of schizophrenia takes an integrated biopsychosocial approach, which includes several components: diagnosis, biological therapy, psychotherapy, social adaptation. Important in the treatment of schizophrenia - not its complete eradication, but learning to live a full life in the community with this disease.

*Keywords:* Schizophrenia, psychotherapy, group psychotherapy, social adaptation.

### **METAMODEL OF SOCIAL THERAPY AS THE MAIN INSTRUMENT TO COUNTERACT THE DESTRUCTIVE SOCIAL EPIDEMIC**

A.L. Katkov

In article «Metamodel of social therapy as the main instrument to counteract the destructive social epidemic» by A.L. Katkov the basic characteristics of meta-social therapy are considered. Described structured elements, technologies, stages of the rendering primary and specialized addictologies, psychotherapeutic help. Represented target groups of the population, covered by activity to metamodels of social psychotherapy. The Main accent is on full-reach populations with high risks and signs of involvement in destructive chemical and psychological dependency adequate technology primary and specialty psychiatric help.

*The keywords:* social psychotherapy, social epidemics, metamodel.

### **PSYCHOTHERAPEUTIC COMPONENTS AND CONTEXTS OF REHABILITATION PROGRAMS, BASED ON THE IDEA OF THE THERAPEUTIC COMMUNITY**

A.L. Katkov

In article «Psychotherapeutic components and contexts of rehabilitation programs, based on the idea of the therapeutic community» by A.L. Katkov is in detail described the basic ideology and structure rehabilitation programs dependent on psycho active substances, built on the principle of the therapeutic community (TC). Considered the main components of the so-called «undeclared» therapy (ie, a model of psychological care, which does not imply the use of specific technologies). Analysis of the content of these components - cognitive, behavioral, resource-oriented, family and group therapy.

*Keywords:* rehabilitation dependent on psycho active substances, therapeutic community, psychotherapy.

### **PSYCHOTHERAPEUTIC COMPONENTS OF PROGRAM OF REHABILITATION DEPENDENT ON PSYCHO ACTIVE SUBSTANCES «12 STEPS»**

A.L. Katkov

In article «Psychotherapeutic components of program of rehabilitation dependent on psycho active substances «12 steps»» by A.L. Katkov are analyzed main psychotherapeutic mechanisms of the considered program «12

---

---

steps. In particular, is considered contents such component «undeclared» psychotherapy as motivational, cognitive, behavioral, resource-oriented, and a component of group therapy, which is one of the main components. Studied the possibility of combining the 12-step program with rehabilitation projects that are based on a model of the therapeutic community (TC). The article draws conclusions about the mechanisms of the studied core therapeutic rehabilitation program.

*Keywords:* rehabilitation, «12 steps», psychotherapy.

### **PSYCHOTHERAPY IN A PROFESSIONAL, HIGHLY STRUCTURED PROGRAMS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF SUBSTANCE DEPENDENCE**

A.L. Katkov

In article «Psychotherapy in a professional, highly structured programs of medical and social rehabilitation of substance dependence» by A.L. Katkov the role and place of a professional psychotherapy in treatment and aftertreatment dependent on psychoactive substances (PEAHENS) is surveyed. The universal and special purposes, tasks, targets of psychotherapeutic influence are designated. Data on the main psychotherapeutic methods used in treatment of dependent persons are given. Possibilities of determination of their efficiency are investigated.

*Keywords:* dependence on psychoactive substances, aftertreatment, psychotherapy.

### **MASS SOCIAL PSYCHOTHERAPY, AS A MODERN ELEMENT OF POLITICAL STABILITY**

M.A. Pushkina

This article unites two concepts: *psychology-political stability of the country and social psychotherapy*. Need of such approach is caused by that the world undergoes grandiose changes. The mechanisms of maintenance of political stability developed in the millennium in the modern world don't work.

The mass social psychotherapy is surveyed, as a package of measures, developed under one concept – intensifying of the person resisting to external threats.

*The purpose of a mass social psychotherapy* – optimization of a psychological condition of the population.

*A problem of a mass social psychotherapy* – transfer to the population of skills of permission actual in the society of the conflicts as it occurs in the conditions of individual consultation.

*In the concept of a mass social psychotherapy* it is necessary to reflect: (1) the therapy purpose – what reactions from the population are necessary for achieving (what behavior, a thought way, expression of emotions), (2) end result (what condition of the population is necessary for receiving as a result), (3) to develop criterion of an assessment of efficiency of a social psychotherapy, (4) to develop technologies of realization.

*Technologies of work of a mass social psychotherapy* can be various from television programs to primary psychological assistance – opening and the promoting of the psychological centers training seminars for teachers, as professional development, development of Internet projects etc. Who in detail understands article is clients of a mass social psychotherapy, difference of mass social therapy from classical social therapy.

### **TV, RADIO AND INTERNET COMMUNICATION IN PSYCHOTHERAPY: A MODEL OF MASS PRIMARY PSYCHOLOGICAL CARE TO THE POPULATION AND ITS TESTING**

V.V. Titova

In Titova V.V. article the model of the primary disease-prevention and advisory psychotherapeutic service realized by means of specialized by television and a radio program is surveyed. In 2008 on the basis of the St. Petersburg TV channel «TV 100» and radio «Baltica» the weekly program in a direct teleair «Hour of the psychotherapist» was framed. Within the program there is an interaction of the psychotherapist to televiwers and the radio listeners who called in an Aether and have declared the actual problem. Besides, televiwers have a possibility to ask to the expert any question through SMS portal (anonymously and free of charge), the telephone editor, specially framed forum on a site of TV channel or by e-mail. From 2010 in structure of the program the straight

---

---

---

---

line telephone «the trust line» where psychotherapists and psychologists daily are on duty is open. As a whole, the realized model of a social psychotherapy allows to capture wide sector of the population, and also it is essential to lower material and temporary inputs for rendering of primary psychotherapeutic help.

*Keywords:* psychotherapy, social, primary, TV program, help.

## **PREVENTION AND TREATMENT OF DEPRESSION IN OLD AGE**

G.K. Ahmetova

In article the urgency of studying of a depression at advanced age is surveyed. The reasons of emergence of a depression and depressive disorders at persons over 65 years are shown.

*Keywords:* A depression, depressive disorders, treatment and depression prevention at person's elderly age.

## **FEATURES OF DEPRESSION IN OLD AGE**

G.K. Ahmetova, S.N. Bugaenko

The urgency of studying of a depression at advanced age is caused by many reasons. First, it is bound to significant increase in number of persons 65 years and more senior. Secondly, the last decades occurrence of a depression in population, including in the senior age groups is enlarged.

*Keywords:* A depression, depressive disorders, depression clinic at advanced age, the depression reasons.

## **ON THE DIAGNOSIS OF AUTISTIC DISORDERS OF CHILDHOOD (short report)**

A.E. Zhanarbaeva

In article questions of epidemiology, a pathomorphism, an etiology of a children's autism are taken up. The systemic approach to diagnostics of modular group of diseases is shown. Need of high-quality kogortn researches for receiving a reliable data about a forecast and clinicodynamic patterns of autism is underlined.

## **ACTIVITIES OF EDUCATIONAL PROGRAMS TO THE HIV EPIDEMIC: EXPERTS AND PROJECT STAFF**

Yu.A. Rossinsky

In article analytical information concerning activities of educational programs for counteraction of epidemic of HIV is provided in the Republic of Tajikistan, including psychological seminars trainings which were led during 2008-2010 and had the purpose – to change the relation of experts of services of health care of the project to group of risk (the PIN, RS, MSM), people living with HIV. The purpose of these programs was counteraction of stigma, stigmatization concerning vulnerable groups of the population and prevention of a syndrome of emotional burning out of the experts working in programs of UNICEF, UNAIDS and Global Fund on fight about HIV/AIDS, tuberculosis and a malaria in Tajikistan Republic.

## **ACTIVITIES OF EDUCATIONAL PROGRAMS TO THE HIV EPIDEMIC: QUALIFICATIONS AND TRAINING OF PROFESSIONAL SPECIALIST**

Yu.A. Rossinsky

In article analytical information concerning basic education of professions the psychotherapist, the psychologist is provided in the countries of the former Soviet Union occupied in the international projects on counteraction of epidemic of HIV. This information is based on a material of psychological seminars trainings which were carried out in the Republic of Tajikistan during 2008-2010 and had the purpose – to change the relation of experts of services

---

---

---

---

of health care of the project to group of risk (the PIN, RS, MSM), people living with HIV. The purpose of these programs was counteraction of stigma, stigmatization concerning vulnerable groups of the population and prevention of a syndrome of emotional burning out of the experts working in programs of UNICEF, UNAIDS and Global Fund on fight about HIV/AIDS, tuberculosis and a malaria in Tajikistan Republic.

### **EDUCATIONAL PROGRAMS ON HIV IN CENTRAL ASIA: INFORMATION AND PSYCHOLOGICAL TRAINING SEMINAR**

Yu.A. Rossinsky

In article analytical information concerning activities of educational programs for counteraction of epidemic of HIV is provided in the Republic of Tajikistan, including psychological seminars trainings which were led during 2008-2010 and had the purpose – to change the relation of experts of services of health care of the project to group of risk (the PIN, RS, MSM), people living with HIV. The purpose of these programs was counteraction of stigma, stigmatization concerning vulnerable groups of the population and prevention of a syndrome of emotional burning out of the experts working in programs of UNICEF, UNAIDS and Global Fund on fight about HIV/AIDS, tuberculosis and a malaria in Tajikistan Republic.