

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XIX

№ 1

2013

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков;
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;
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; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; 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 № 8864-Ж от 14.12.2007 г.
выдано Министерством культуры и информации
Республики Казахстан

Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 от 10.01.2001 г. выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Журнал основан в 1995 году
Периодичность: ежеквартально

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:

*Мацевская Л.Л., Мулдаева Г.М., Ескалиева А.Т.,
Пак Т.В., Садвакасова Г.А.*

К проблеме эпидемиологии и реабилитации зависимостей на уровне первичной медико-санитарной помощи
Фесенко Н.Ф. 7-10

Некоторые аспекты распространения религиозного экстремизма и деструктивных культов на территории Казахстана и Павлодарской области в том числе 10-13

ПСИХОТЕРАПИЯ

Профессиональная Психотерапевтическая Лига

Катков А.Л.

К проекту Федерального закона Российской Федерации «О психотерапии» 14-29

Нургазина А.З., Катков А.Л., Алина К.Ж.

К программе тематического усовершенствования по теме «Психолого-психотерапевтическая помощь лицам с рисками вовлечения в социальные эпидемии (психологические аддикции) и экспресс-психотерапия на этапе первичной профилактики» 29-39

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

ПСИХИАТРИЯ

Кенжалиева А.Б., Шамарданова О.М., Мукашева Г.Р.
Суицидальная активность при шизофрении 40-44

Макубаева С.К.

Использование метода анкетирования родителей для оценки качества медицинских услуг в сфере детской психиатрии (на примере отдельной медицинской организации)
Мурсакина З.У. 45-47

Агрессивное поведение пациентов в психиатрическом стационаре 48-52

НАРКОЛОГИЯ

Катков А.Л.

Общая характеристика макроструктуры. Группы и этапы сектора государственной наркологической помощи, оказываемой в системе Министерства охраны здоровья Украины 53-55

Мусабекова Ж.К., Камзина Л.Р., Хасенова Г.Ж., Кумарова Н.В., Бахтина А.С., Ожерельева О.М., Давлеталинова Г.Т.

Исследование копинг-стратегий и качества жизни химически зависимых лиц в условиях прохождения медико-социальной реабилитации 56-60

Невирко Д.Д.

Организация и современные технологии первично-профилактической антинаркотической деятельности в образовательной среде ВУЗов 61-63

Том XIX
№ 1
2013 год

выходит
4 раза в год

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

<i>Закарина Н.К.</i> Проявления пищевой зависимости у лиц с алиментарным ожирением	64-66
<i>Макубаева С.К.</i> Дифференциально-диагностический аспект в верификации поведенческих расстройств подросткового возраста (на примере патохарактерологического развития)	66-69
<i>Мурсакина З.У.</i> К вопросу о послеродовых аффективных расстройствах	70-72
<i>Распопова Н.И., Бобряшов А.А.</i> Инновационные подходы к терапии депрессий с расстройствами сна	73-79

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

<i>Катков А.Л.</i> О методологии исследования, используемой в проекте «Оценка потребностей и потенциала системы лечения наркозависимых в избранных городах Украины (Киеве, Полтаве, Харькове) и разработка концептуальной модели комплексного научно-обоснованного и интегрированного подхода к лечению наркозависимости, профилактики ВИЧ»	80-84
<i>Кожобекова С.С.</i> Спондилогенные дорсопатии: современные возможности терапии	85-86
<i>Плоткин Ф.Б.</i> Проблема структурирования времени: механизмы временной дезактуализации и пути решения (сообщение 1)	86-101
<i>Турганбаева Л.С.</i> Влияние трансплантации фетальных нейроцитов на клинические показатели у больной с прогрессирующей формой рассеянного склероза (клиническое наблюдение)	101-103
<i>Турганбаева Л.С.</i> Клинический случай нейрофиброматоза первого типа в сочетании с аномалией Арнольда – Киари и патологической ЭЭГ в амбулаторной практике (клиническое наблюдение)	103-106

НЕКРОЛОГИ

<i>Семке Валентин Яковлевич</i>	107
<i>Резюме</i>	108-115

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

SOCIAL EPIDEMICS

FOUNDERS:

- Macievskaya L.L., Muldaeva G.M., Eskalieva A.T., Pak T.V., Sadvakasova G.A.*
To a problem of epidemiology and aftertreatment of dependences at the level of primary medicosanitary help 7-10
Fesenko N.F.
Some aspects of diffusion of religious extremism and destructive cults in the territory of Kazakhstan and the Pavlodar region including 10-13

PSYCHOTHERAPY

Professional Psychotherapeutic League

- Katkov A.L.*
To the draft of the Federal law of the Russian Federation «About a psychotherapy» 14-29
Nurgazina A.Z., Katkov A.L., Alina K.Zh.
To the program of thematic improvement on the subject «The Psychology-psychotherapeutic help to persons with risks of involvement in social epidemics (Psychological Addiktion) and an Express Psychotherapy at a Stage of Primary Prevention» 29-39

RPSE

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

PSYCHIATRY

- Kenzhalieva A.B., Shamardanova O.M., Mukasheva G.R.*
Suicidal activity at schizophrenia 40-44
Makubaeva S.K.
Use of a method of questioning of parents for an assessment of quality of medical services in the sphere of children's psychiatry (on the example of the separate medical organization) 45-47
Mursakina Z.U.
Aggressive behavior of patients in a psychiatric hospital 48-52

NARCOLOGY

- Katkov A.L.*
General characteristic of a macrostructure. Groups and stages of sector of the state narcological help rendered in system of the Ministry of health protection of Ukraine 53-55
Musabekova Zh.K., Kamzina L.R., Husenova G.Zh., Kumarova N.V., Bahtina A.S., Ozhereyeva O.M., Davletolinova G.T.
Research of coping-strategy and quality of life of chemically dependent persons in the conditions of passing of medico-social aftertreatment 56-60
Nevirko D.D.
The organization and modern technologies of primary and preventive anti-drug activity in educational medium of Higher Education Institutions 61-63

Volume XIX
№ 1
2013

Published 4 times
in a year

BOUNDARY DISORDERS

<i>Zakarina N.K.</i> Manifestations of food addiction in patients with alimentary obesity	64-66
<i>Makubaeva S.K.</i> Differential and diagnostic aspect in verification of behavioural disorders of teenage age (on the example of pathocharacterological development)	66-69
<i>Mursakina Z.U.</i> To a question of puerperal affective disorders	70-72
<i>Raspopova N.I., Bobryashov A.A.</i> Innovative approaches to therapy of depressions with somatic disorders	73-79

INFORMATION AND REVIEWS

<i>Katkov A.L.</i> About the methodology of research used in project «Assessment of Requirements and Capacity of System of Treatment of Drug dependent in the Chosen Cities of Ukraine (Kiev, Poltava, Kharkov) and development of conceptual model of complex of scientific and reasonable and an integrated approach to Drug Addiction Treatment, HIV Prevention»	80-84
<i>Kozhabekova S.S.</i> Spondylogenic dorsopathies: current treatment options	85-86
<i>Plotkin F.B.</i> The problem of time structuring: mechanisms of partial desactualization and directions of their solution (message 1)	86-101
<i>Turganbaeva L.S.</i> Influence of fetal ganglion cells transplantation on clinical indicators of the patient with progressive multiple sclerosis (clinical observation)	101-103
<i>Turganbaeva L.S.</i> Clinical case of a neurofibromatosis of the first type in combination with Arnold – Kiari anomaly and a pathological EEG in out-patient practice (clinical observation)	103-106

OBITUARIES

<i>Semke Valentin Yakovlevich</i>	107
<i>Summary</i>	108-115

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УДК 616.89/.844-036.22-08-039.57

К ПРОБЛЕМЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Л.Л. Мациевская	доцент кафедры введения в клинику РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», к.м.н., г. Караганда
Г.М. Мулдаева	заведующая кафедрой общей врачебной практики № 1 РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», д.м.н., доцент, г. Караганда
А.Т. Ескалиева	директор РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем», к.м.н., г. Павлодар
Т.В. Пак	заместитель директора по научно-исследовательской работе РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., Ph.D., г. Павлодар
Г.А. Садвакасова	руководитель отдела клинической эпидемиологии РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар

В современном социуме отклоняющееся поведение представляет одну из самых злободневных проблем. На постсоветском пространстве внимание к проблемам аддиктологии было привлечено в течение текущего десятилетия, но, пожалуй, лишь на уровне теоретической разработки проблемы. Настоящие реалии высвечивают масштаб проблемы как «социальной эпидемии» и диктуют необходимость клинко-эпидемиологических и лечебно-реабилитационных подходов к её решению. В связи с этим разрабатываются многочисленные лечебно-диагностические и реабилитационные программы сопровождения лиц с различными зависимостями [1, 2, 4, 6, 7, 11, 12]. Причём нехимические зависимости (игромания, трудовголизм, зависимость от деструктивных сект и др.) представляют с каждым годом всё больше и больше разрастающуюся проблему. К социально-психологическим причинам подобного явления можно отнести изменение характера современных коммуникаций, что связано с высокой информативной нагрузкой на социум, ведущей к значительному искажению восприятия информации через привычные каналы – зрительный, слуховой, тактильный. Таким образом, в худшую сторону меняется и эмоциональная составляющая общения, снижающая разумную сензитивность личности. Кроме того, представителей ментальных профессий и институты образования справедливо настораживает факт стремительного когнитивного снижения молодого поколения, недостаточного соответствия интеллектуального потенциала большинства наций мирового содружества современным реалиям.

Также одной из возможных причин невыполнения правил и алгоритмов поведения, регламентиро-

ванного общественными нормами, выступает неудовлетворительная адаптация к достаточно сложным общественным отношениям, отсутствие копинговых ресурсов совладания со стрессом. В этом случае любая аддикция выступает в качестве механизма психологической защиты, снижающего тяжесть стресса, однако этот путь и является ложным, отвечая названию отклоняющегося поведения – отклоняющегося от адекватного и гармоничного развития и функционирования личности [5, 11, 12].

В структуре научно-технической программы (НТП) «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркозависимости, экстремизма, терроризма, вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромании) в Республике Казахстан», выполняющейся в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, РК), целями наркологов и психотерапевтов являются:

1) эффективное управление рисками вовлечения населения Республики Казахстан (РК) в деструктивные социальные эпидемии (наркотическая зависимость; деструктивные секты; криминальные сообщества; экстремистские, террористические организации; игромания);

2) эффективная реабилитация лиц с психологической зависимостью. Одной из точек приложения программы является звено первичной медико-санитарной помощи – структуры, наиболее приближенной к населению, за счёт чего и возможен максимальный охват групп с высоким риском формирования и наличия зависимостей. Адекватным и актуальным представляется акцент программы на

психопрофилактическом и реабилитационном векторе воздействия на контингент здоровых людей и потенциально зависимых лиц.

При наличии множества психопрофилактических программ, ориентированных на аддиктов (или потенциальных аддиктов) молодого возраста, существует необходимость в появлении и пилотировании новых методологических подходов к решению этой проблемы. Особенностью данной программы является исследование взаимосвязи аддиктивного поведения с уровнем психологического здоровья населения, поиск и внедрение оптимальных программ психопрофилактики, воздействующих на оба эти звена. Разработка проекта включает масштабное клиничко-эпидемиологическое исследование, изучающее уровень распространённости проблемы в Республике Казахстан. В одной из частей программы исследуются риски химических и нехимических зависимостей у населения Казахстана, получающих медицинское обслуживание на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Однако реализация пилотных исследований программы в амбулаторно-поликлиническом звене общественного здравоохранения выявила ряд проблем. Основные из них связаны с организационными аспектами практического здравоохранения Казахстана и ментальными стереотипами популяции. На первый план выступают, во-первых, трудности «чистоты» клиничко-эпидемиологических исследований, так как большинство социологических анкет и психодиагностических инструментов из области аддиктологии не доходят до тех респондентов, кому они предназначены, отклоняющееся поведение по определению далеко отстоит от паттернов нормативного поведения. Таким образом, лица с доклиническими, а тем более клиническими формами всех зависимостей имеют довольно высокий уровень социальной изоляции и остаются недоступными для психологических исследований. Необходимый для клиничко-эпидемиологического анализа скрининг в этом случае значительно затруднён.

Исполнение проекта в ПМСП обозначило в силу специфики проблемы ожидаемые трудности для врачей общей практики, мало ориентированных в области ментальной медицины. Внедрение нашей программы как раз пришлось на этап реформирования психиатрической службы, проходящий во всех странах мирового сообщества, относящихся к Всемирной психиатрической ассоциации. Широкомасштабная кампания, призванная обеспечить более высокий уровень знаний в области ментального здоровья для интернистов, действует также и в Казахстане, войдя в новое направление «связующей психиатрии». Причём предполагается, что общая врачебная практика Казахстана не только будет иметь улучшение ориентированности в области психического здоровья, но и будет включена в организацию и осуществление этой помощи на первых этапах,

будучи наиболее приближенной к населению, будет способна выявлять начальные, доклинические формы психических расстройств (к которым относятся и аддикции). Последний аспект при всей его целесообразности представляется трудновыполнимым в силу огромной загруженности врачей общей практики множеством функций (лечебно-диагностических, реабилитационных и профилактических), тогда как формация врачей общей практики ещё неполностью сформирована и укомплектована [8, 9, 10]. Предполагая перенос тяжести совершенствования психиатрической помощи на врачей общей практики, можно не рассчитывать на успех, во-первых, в силу сложности самой задачи (психиатрические и наркологические пациенты во всём мире неохотно обращаются за официальной ментальной помощью), во-вторых, потому что качественные и профессиональные ментальные навыки недоступны интернистам априори. Пожалуй, только ознакомительная программа может быть полезна этой части общественного здравоохранения. Следует отметить, что психопрофилактический аспект деятельности врачей общей практики может стать лишь организационным или диспетчерским, будучи направлен на контроль работы психологов и социальных работников, введённых в 2011 году в штат ПМСП. В функции последних входит психодиагностическая и психокоррекционная работа с населением, а в структуре социальной работы возможно и проведение скрининговых исследований.

Однако и в рамках действий психологов и социальных работников организация психодиагностических исследований зачастую может стать мало выполнимой задачей в силу их невысокой мотивации и недостаточной профессиональной подготовленности. Ещё нечётко определены обязанности вышеобозначенных специалистов, недолго работающих в системе общественного здравоохранения, их сфера деятельности лежит в плоскости медицинской и клинической психологии, а эти специальности в Казахстане в силу ряда причин мало функционируют, используются как незначимые и вспомогательные, слабо отвечают общепризнанным стандартам квалификации специальности.

Следующим аспектом, способным затруднить реализацию скрининговых исследований, становится отсутствие лояльного отношения населения к психологическим исследованиям или, точнее, отсутствие культуры тестовых исследований. Возможно говорить о непривитой соответствующими специалистами культуре сохранения и поддержания психологического и психического здоровья, более развитой в Европе и Америке. Возможно оценить ментальность нашего социума как особую, с ориентацией в большинстве своём на поддержание соматического здоровья, а при необходимости решения психологических проблем – на большую привер-

женность к парапсихологическим методам коррекции, на отсутствие мотивации к личностному росту и совершенствованию адаптационных механизмов.

Становится очевидным, что решение большинства этих проблем коррелирует с задачами стартовавшей в Казахстане национальной программы «Саламатты •аза•стан» («Здоровый Казахстан») [3]. Формирование здорового образа жизни обозначено в программах реформирования и совершенствования здравоохранения большинства стран мирового сообщества. Успех таких необходимых проектов связан с совершенствованием организации практического здравоохранения. В Казахстане, как и в России, при реализации программ здорового образа жизни делается ориентир на специальности врача здорового образа жизни, врача общей практики и семейного врача как на структуру наиболее приближенную к населению. Акцент в работе последних ставится на превентивном направлении развития медицинской науки и практик, на рекламе здорового образа жизни, что необходимо для именно социокультуральных изменений. Аддиктологическая превенция только в последние годы внедряется в общую врачебную практику, имея ряд вышеобозначенных проблем.

В научно-технической программе РНПЦ МСПН также заложен обучающий ресурс для психологов и социальных работников, наркологических организаций, и при понимании ментальными специалистами важности и сложности проблемы становится необходимым определение правильной методологии работы с населением для повышения вышеуказанной чистоты клинико-эпидемиологического исследования в программе.

Достаточно лёгким путём выявления аддиктивного поведения в детском, подростковом и молодом возрастах является использование психодиагностических методов исследования с последующим внедрением психокоррекционных и психопрофилактических программ в учреждениях образования. Это обеспечивает массовый охват контингента, сочетается с регламентированной деятельностью психологов педагогического профиля. Эти возраста массово активно охватываются организационными структурами образования в рамках программы «Саламатты •аза•стан», тогда как взрослый контингент задействован в программе выявления и профилактики зависимостей лишь при обращении в учреждения ПМСП. Понимая, что необходимость такого обращения обусловлена, в основном, острыми и текущими соматическими проблемами или необходимостью обязательного медицинского осмотра, трудно привлечь внимание посетителей поликлиник к проблеме зависимостей. Практика показывает, что

Центры здоровья в учреждениях ПМСП не обеспечивают массовый охват населения. В этом случае необходимой формой для настоящего скрининга может стать «движение к населению, ориентированное на семью», а точнее, на любого её члена, доступного для социологического анкетирования. Собеседование с одним из членов семьи, которое может производиться социальным работником или психологом ПМСП, во-первых, будет способствовать улучшению позиций семейных врачей, которым необходимо глубокое знание семей вверенного им участка, а во-вторых, позволит получить более полную информацию о «скрытой части айсберга» – распространённости аддиктивных проблем в семьях. Анкетирование членов семьи также ставит цель привлечения настоящих и потенциальных аддиктов к обследованию и психокоррекционной и реабилитационной работе, причём активные члены семьи используются в этом процессе вовлечения благодаря ресурсам родственной связи, более действенным, на наш взгляд, чем официальная реклама медицинской помощи. Однако самым важным результатом такого анкетирования может стать возможность и заочного консультирования аддиктов и повышение информированности семьи о возможностях программы. Последнее имеет огромную значимость – ведь зачастую родственники аддиктов в поисках помощи либо мечутся от психиатров к наркологам, способным предложить неактуальную для аддиктов стационарную помощь в соответствующих стационарах, либо обращаются к практикующим психологам или парапсихологам, не владеющим адекватными технологиями коррекции аддиктивных расстройств. По окончании анкетирования родственникам аддиктов предлагается участие в пилотном психодиагностическом исследовании и пилотировании психотерапевтической программы коррекции зависимостей.

Таким образом, ожидаемый эффект от внедрения метода анкетирования в НТП «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркозависимости, экстремизма, терроризма, вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромании) в Республике Казахстан» предполагает не только получение более полной информации о рисках и уровнях химических и нехимических зависимостей у населения Казахстана, но и достижение эффекта формирования здорового образа жизни через предоставление информации о качественной и доступной помощи в случае высокого риска аддиктивного поведения и самой превентивной помощи. Пилотируемая программа способна стать одним из рычагов позитивного изменения ментального состояния общества.

Список использованной литературы:

1. Атияшева Г. Профилактическая аддиктология // *Современные наукоемкие технологии.* – 2009. – № 5. – С. 27-28.

-
-
2. Гоголева А.В. *Аддиктивное поведение и его профилактика*. – 2-е изд., стер. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. – 240 с.
 3. *Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты «аза»-стан» на 2011-2015 годы*.
 4. Катков А.Л. *Аддиктологическое консультирование лиц с высокими рисками и начальными признаками вовлечения в интернет-зависимость // Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2011. – Т. XI, № 4. – С. 28-29.
 5. Катков А.Л. *Универсальные механизмы вовлечения в социальные эпидемии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 1. – С. 37-40.
 6. Катков А.Л. *Функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 1. – С. 87-92.
 7. *Организация первичной медико-санитарной помощи населению (амбулаторно-поликлиническая помощь): учебно-методическое пособие / Е.Н.Смирнова [и др.]*. – Минск, БГУ, 2007. – 34 с.
 8. *Оценка модели организации первичной медико-санитарной помощи в Беларуси // реферат*. – Всемирная организация здравоохранения, 2009. – 158 с.
 9. *Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан (г. Астана от 5 января 2011 года № 7) «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»*. – Режим доступа: <http://www.kazpravda.kz/pdf/july11/020711order.pdf>
 10. *Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича*. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
 11. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. *Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: http://medpsy.ru*.
 12. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. *Организационно-правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи за рубежом. Сообщение 1. // Медицинские новости*. – 2010. – № 10. – С. 55-65.

УДК 2:159.9

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РЕЛИГИОЗНОГО ЭКСТРЕМИЗМА И ДЕСТРУКТИВНЫХ КУЛЬТОВ НА ТЕРРИТОРИИ КАЗАХСТАНА И ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ В ТОМ ЧИСЛЕ

Н.Ф. Фесенко

эксперт по психологии РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

В последние десятилетия пристальное внимание мировой общественности и особенно политических, военных, научных, экономических и культурных элит привлекают такие кризисные и масштабные социальные явления, как религиозный и политический экстремизм, терроризм, вовлечение в криминальные сообщества и деструктивные секты.

Проблема распространения экстремизма и терроризма на почве религиозной аддикции в последние годы достигла глобальных масштабов, имеет многогранный характер и включает экономический, психологический, социальный, правовой и воспитательный аспекты.

В наше время, после десятилетий насаждения атеизма, у многих граждан, в том числе у подростков и молодёжи появилась естественная тяга к познанию религии. Причём, зачастую люди выбирают нетрадиционную для своего народа веру, а раз-

личные нетрадиционные верования, псевдонаучные, псевдорелигиозные движения и оккультные школы, в сущности, являющиеся деструктивными культурами.

Самой серьёзной проблемой, ставшей актуальной в последние годы, стало проникновение и распространение в Казахстане, в том числе и в Павлодарской области, идей религиозного радикализма и экстремизма.

За годы независимости в Казахстане произошли кардинальные изменения в социально-экономической, политической и духовной сферах. Процесс демократизации государственной и общественной системы в республике, начавшийся на рубеже 80-90-х гг. XX века, в полной мере захватил и сферу религиозной жизни казахстанского общества, привёл к возникновению принципиально новой религиозной ситуации. Существенно возрос уровень

религиозности населения, бурными темпами происходило увеличение числа религиозных объединений. Возобновили или начали вновь свою деятельность многие мечети, монастыри, миссионерские и религиозно-просветительские центры, конфессиональные благотворительные учреждения, духовные учебные заведения, средства массовой информации религиозной направленности.

Существенно изменилась структура конфессионального пространства Казахстана. Наряду с развитием деятельности традиционных конфессиональных объединений: ислама, православия, католицизма, некоторых течений протестантизма, таких как баптизм и лютеранство, в Казахстане получили активное распространение различные нетрадиционные для страны религиозные течения и деноминации, многочисленные новые религиозные движения

западного и восточного происхождения. Если к началу 90-х гг. прошлого столетия в Республике Казахстан (РК) насчитывалось 671 религиозная община, представляющая около десятка конфессий (при этом число действующих мечетей было всего 59, а православных культовых учреждений – 62), то к настоящему времени количество религиозных объединений увеличилось до четырех с половиной тысяч, относящихся к более чем 40 конфессиям, представляющим не только мировые вероучения (ислам, христианство, буддизм, иудаизм), но древние политеистические культы и современные новообразования. В распоряжении верующих около 4000 культовых сооружений (мечетей, соборов, храмов, молитвенных домов, синагог и пр.). На рисунке 1 можно проследить динамику роста религиозных организаций в Казахстане за период с 1990 по 2011 годы.

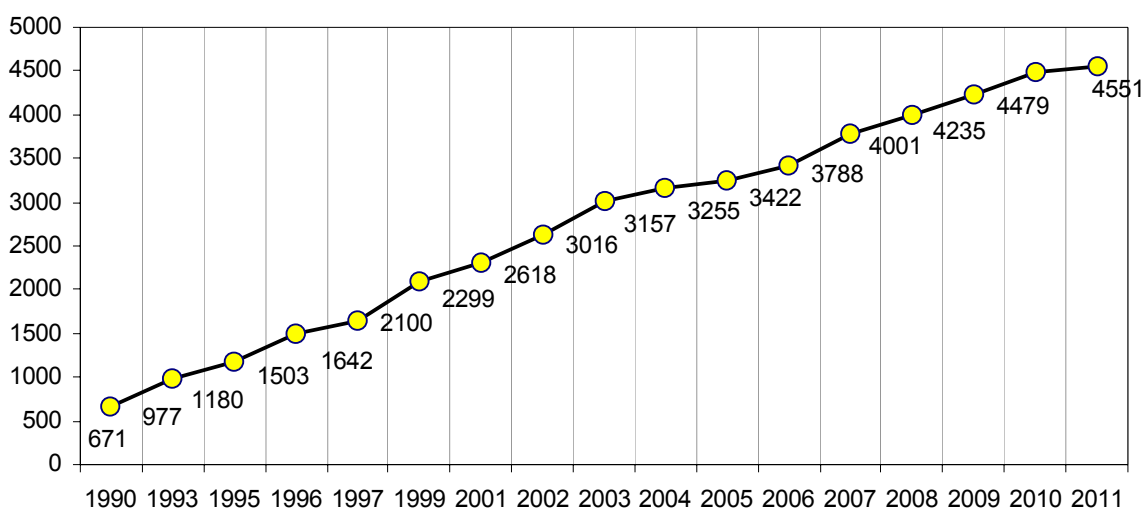


Рисунок 1. Динамика роста численности религиозных объединений в Республике Казахстан за 1990-2011 гг.

Характерной особенностью последнего периода, оказавшей определённое влияние на общую религиозную ситуацию в стране, стало распространение различных религиозных и околорелигиозных групп эзотерического и оккультно-мистического направления. Как правило, действуют они под вывеской общественных объединений, психотерапевтических, оздоровительных, образовательных, научно-познавательных, культурологических и иных учений и школ. На деле же, большинство из этих формирований, и об этом наглядно свидетельствует практика их деятельности как у нас в стране, так и за рубежом, имеют чётко выраженную коммерческую направленность.

Самой серьёзной проблемой, ставшей актуальной в последние годы, стало проникновение и распространение в Казахстане, в том числе и в Павлодарской области и г. Павлодаре, идей религиозного радикализма и экстремизма.

Экстремизм, в самом общем виде, можно охарактеризовать как приверженность к крайним взгля-

дам и действиям, радикально отрицающим принятые в обществе нормы и правила. Определённые силы пытаются использовать религию в политической сфере для достижения целей, направленных на насильственное изменение государственного строя или захват власти, нарушение суверенитета и территориальной целостности государства, на возбуждение религиозной вражды и ненависти. В 2003-2005 годах в г. Павлодаре неоднократно фиксировались факты распространения листовок религиозно-политической партии экстремистского толка «Хизб-ут-Тахрир». В последние два года участились попытки вести проповедническую деятельность со стороны активистов движения религиозно-экстремистского толка «Таблиги жамагат», прибывающих в нашу область из южных и восточных регионов Казахстана. Наибольшую угрозу для стабильности в конфессиональной сфере в последнее время приобретает активное распространение идеологии радикализма сторонниками движения салафитов – в первую очередь среди молодёжи. Наибольшую деятельность

они проявляют в областном центре, а также в г. Экибастузе и пос. Солнечный. По словам заместителя директора Института востоковедения имени Р.Б. Сулейменова, востоковеда, доктора исторических наук Аширбека Муминова, фундаменталисты считают, что при пророке Мухаммеде и его сподвижниках существовала некая община (умма), которая придерживалась «истинного», «чистого» ислама. Впоследствии, после их смерти, в ислам стали вноситься новшества («бид – а»), в итоге – якобы общество имеет суррогат ислама, поэтому салафиты критикуют другие мусульманские общества, которые появились в разных частях мусульманского мира, и говорят, что эти новшества надо искоренять и восстанавливать чистый ислам [3].

Вопросы противодействия и пресечения проявлений экстремизма и терроризма находятся под постоянным контролем и вниманием органов государственного управления. Создана законодательная и нормативная база борьбы с терроризмом. В частности, приняты законы «О борьбе с терроризмом», и «О противодействии экстремизму».

На сегодняшний день судебными органами Республики Казахстан 16 различных организаций признаны террористическими либо экстремистскими, и их деятельность запрещена на территории страны. В это число входят организации:

1. Аль-Кайеда;
2. Исламская партия Восточного Туркестана;
3. Курдский народный конгресс;
4. Исламское движение Узбекистана;
5. Асбат аль-Ансар;
6. Братья мусульмане;
7. Талибан;
8. Боз гурд;
9. Жамаат моджахедов Центральной Азии;
10. Лашкар-и-Тайба;
11. Общество социальных реформ;
12. Хизб-ут-Тахрир;
13. Аум Синрикё;
14. Организация освобождения Восточного Туркестана;
15. Алля-Аят;
16. Ата-жол («Ак жол», «Ак орда»).

Но это не запрещает им существовать, подпольно вести свою разрушительную деятельность [2].

Несмотря на различия в «учениях» и образе жизни, все деструктивные культы имеют общие признаки своей деятельности. К ним относятся: претензии на исключительную мудрость, божественность, требование беспрекословного согласия с властью лидеров и полная подчинённость им. Эта подчинённость необходима даже и в том случае, если лидер значительно меняет ранее уже существовавшую доктрину деструктивного культа или ведёт аморальный образ жизни. Для всех культов характерна вера в то, что их верование представляет абсолютную истину. Поддерживается клевета на критическое

мышление, рациональную и умственную деятельность как на нечто чуждое или пагубное. Для многих культов характерным является разрыв с семьёй, друзьями, прошлыми интересами, работой, учёбой. Все мысли и влечения концентрируются на жизни и общих интересах культа. Нетрадиционные религиозные движения используют различные методики контроля сознания и поведения культистов, создают прямую и скрытую зависимость – психологическую, физическую, финансовую, от лидеров и организации, ограничивают свободу выхода, нередко внушая страх перед выходом из секты, предупреждая о суровых или сверхъестественных карах за отступничество от секты. При этом люди держатся часто на страхе и чувстве вины, находятся в постоянном напряжении, что нередко приводит к нервным и психическим срывам, депрессии, самоубийству.

Зоной особого внимания деструктивных культов является молодёжь, которую, в силу недостаточного жизненного опыта, восприимчивости всего нового, необычного, легче завлечь в свои сети. Поэтому различного культа представляют потенциальную опасность, как для наших молодых сограждан, так и всего казахстанского общества.

Деструктивные религиозные культы – это авторитарная религиозная организация любой ориентации, которая является по своей сути разрушительной к духовному, психологическому и физическому состоянию личности. Культы практикуют скрытое психологическое насилие, выражающееся в незаконном контроле над сознанием поведением и жизнью других личностей без их добровольного и осознанного согласия. Отдельное лицо (лидер) или группа лиц в своих узкоэгоистических целях целенаправленно формируют и поддерживают состояние неестественной зависимости и покорности у лиц, впервые попавших в организацию.

Одними из наиболее распространённых основных предпосылок попадания молодёжи в деструктивные культы являются:

- происхождение из так называемых «неблагополучных» семей;
- психологические кризисы подросткового переходного периода;
- чувство страха и неуверенности перед трудностями современной жизни;
- неопределённость в завтрашнем дне;
- закомплексованность и вытекающие из неё проблемы в общении с окружающими.

Особое внимание стоит уделить местам естественного, в силу объективных причин, скопления молодых людей – это различные учебные заведения, куда активно пытаются внедриться в качестве преподавателей, арендаторов учебных помещений и лекционных залов разного рода миссионеры.

Самая большая ошибка в представлениях людей о культах – это уверенность в том, что это их никогда

не может коснуться, что в культы попадают только ущербные и обделённые люди. На самом деле всё обстоит ровно наоборот – охотятся именно за здоровыми, уравновешенными, энергичными, благополучными людьми. Другое дело, что, пробыв некоторое время в организации, человек теряет и то, и другое, и третье, и четвертое... А способов и возможностей обмануть любого неподготовленного человека более чем достаточно.

Любой культ – это организация, руководство которой хочет получить неограниченную власть, влияние и деньги. В погоне за этим могут применяться всякого рода маски – философские, религиозные, психологические. Могут прикрываться благотворительным комитетом, университетом, курсами английского языка или психологическим тренингом. Культы бывают сатанистские, языческие, новоиндуистские, оккультно-мистические. Объединяет их одно: прикрываясь словами о добре и правде, они разъединяют людей. Те, кто с ними, – свои, хорошие, кто не с ними – плохие, враги [1].

Цель у всех культов одна – завербовать как можно больше граждан под свои «знамёна». А содержание религиозного обмана – всяческие обещания сделать жизнь счастливой. И, как правило, обещания небескорыстны. Потому как основой счастья может стать полное отречение от своего имущества в их пользу.

Исследование Фонда «Сорос – Казахстан» (ФСК) представило итоги исследования на тему «Внутренняя миграция молодёжи в Казахстане: на примере г. Алматы», проведённого в 2012 году Центром анализа общественных проблем. Для этого исследования Центром анализа общественных проблем была разработана специальная методология. В г. Алматы были опрошены 1000 молодых людей в возрасте от 14 до 29 лет, являющихся внутренними мигрантами. Уровень доверия к институтам власти и гражданского общества у молодых людей оказался невысоким. Более всего доверие молодых мигрантов проявилось

к религиозным организациям (57,9%), менее всего доверяют профсоюзам (10,8%), политическим партиям (19%), полиции (20,7%). Лишь треть респондентов доверяет правительству, и лишь четверть – парламенту, местным органам власти, судам. Таким образом, в результатах проведённого исследования наблюдается высокое доверие именно к религиозным организациям, которые не всегда являются традиционными, но в последнее время, все чаще оказываются крайне радикальными и экстремистскими организациями, деструктивными культурами [4].

Возникает вопрос: каковы же причины появления и влияния экстремистских организаций и деструктивных культов? В общей форме ответ очевиден – обострение противоречий, присущих современному обществу, которые, так или иначе, осознаются людьми. Их угнетает рост преступности, особенно организованной, алкоголизм, наркомания, коррупция, инфляция, непрекращающиеся локальные войны. Всё возрастающую тревогу вызывают проблемы защиты окружающей среды, а также опасность ядерной катастрофы, способной погубить цивилизацию. В сознании людей нередко возникают представления об иррациональных силах, вышедших из под контроля людей и безжалостно распоряжающихся их судьбами. Человек чувствует себя затерявшимся, заброшенным, одиноким в этом мире, ощущает «духовный вакуум», бесцельность существования. У людей возникает потребность в идеях и ценностях, способных возродить утраченные надежды, обеспечить «человеческие отношения», исцелить, хотя бы иллюзорно, социально-психологические недуги [5].

В обстановке поисков позитивной программы действий, устойчивых моральных ценностей закономерно расцветают разномастные пророки, спасители, мессии, которые в предельно эмоциональной и агрессивной форме драматизируют пессимистические размышления и предлагают рецепты их врачевания.

Список использованной литературы:

- 1. Департамент по делам религий Павлодарской области Агентства Республики Казахстан по делам религий. Методические материалы по вопросам религии: В помощь педагогам и родителям. – Павлодар, 2012.*
- 2. Департамент по делам религий Павлодарской области Агентства Республики Казахстан по делам религий. Управление внутренней политики Павлодарской области. Организации, запрещенные в Казахстане: Методические материалы по вопросам религии. – Павлодар, 2012.*
- 3. Департамент по делам религий Павлодарской области Агентства Республики Казахстан по делам религий. Управление внутренней политики Павлодарской области. Религиозные процессы в Казахстане и Павлодарской области: информационно-методический материал для членов ИПГ. – Павлодар, 2012.*
- 4. Казахстанский пресс-клуб. Куда мигрирует молодежь Казахстана. От 12 февраля 2013 г. – Режим доступа: http://news.headline.kz/chto_v_strane/kuda_migriruet_molodej_kazahstana.html*
- 5. Макарова Н.И. Тайные общества и секты: культовые убийцы, масоны, религиозные союзы и ордена, сатанисты и фанатики. – Минск, 1997. – Режим доступа: <http://www.myword.ru>*

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.859:61:34

К ПРОЕКТУ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «О ПСИХОТЕРАПИИ»

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., профессор, г. Павлодар (Республика Казахстан)

Введение

Главными приоритетами в деятельности Комитета по законодательству Общественной организации Профессиональной психотерапевтической лиги Российской Федерации (ОППЛ РФ) – данный комитет возглавляется автором настоящей статьи, вице-президентом ОППЛ в течение последних десяти лет – является разработка законодательства в сфере развития профессиональной психотерапии в Российской Федерации (РФ).

Настоящий законопроект является третьей версией Федерального закона РФ, касающегося вопросов развития профессиональной психотерапии и повышения качества психотерапевтической помощи населению Российской Федерации.

Текст данного документа, как и основные позиции и аргументы, отражённые в пояснительной записке, будут полезны для процесса подготовки аналогичного законодательства в сфере профессиональной психотерапевтической помощи Республики Казахстан.

Пояснительная записка к проекту Федерального закона Российской Федерации «О психотерапии»

Проект Федерального закона «О психотерапии» (далее проект Федерального закона, законопроект) разработан в целях совершенствования законодательства в сфере обеспечения психологического здоровья и безопасности населения Российской Федерации, развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи.

Проект Федерального закона разработан с учётом результатов только что завершившегося фундаментального исследования по проблеме деструктивных социальных эпидемий (химической зависимости – алкоголизма, наркоманий, токсикоманий; деструктивной психологической зависимости – вовлечения в тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании, компьютерную зависимость; адаптационные расстройства с признаками синдрома деморализации – с охватом до 30% населения), проведённого в период 2001-2011 годов. В ходе данного исследования были уточнены характеристики и выявлена особая важность индивидуального и социального психологического здоровья, обеспечивающего высокие уровни устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии. Кроме того, была доказана возможность форсированного развития свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды за счёт использования современных методов

и технологий профессиональной психотерапии (отчёт о проведённом исследовании по проблеме деструктивных социальных эпидемий прилагается к пояснительной записке).

Далее, проект Федерального закона учитывает данные о развитии профессиональной психотерапии в Российской Федерации, в частности, сведения о том, что рынок предоставленных в данном регионе психотехнологий на 90-93% состоит из парапрофессиональных практик (услуг экстрасенсов, магов, колдунов и других представителей оккультизма) и лишь на 5-7% представлен методами и технологиями профессиональной психотерапии и консультирования.

С учётом всего вышеизложенного, основная идея, строй и содержание настоящего законопроекта направлены на коренное изменение ситуации в данной важнейшей сфере психологического здоровья, имеющей прямое отношение к безопасности, социальному благополучию и стабильности граждан Российской Федерации. В частности, в статьях 3, 4, 11, 12 законопроекта чётко обозначены основные приоритеты государственной и правовой политики в сфере психологического здоровья и развития профессиональной психотерапии как основного инструмента обеспечения высоких уровней индивидуального и социального психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды.

При этом кардинальная смена подходов в организации системы психотерапевтической помощи, обеспечивающая эффективную реализацию главной идеи законопроекта, заключается в правовом обосновании этапа (вида) первичной психотерапевтической помощи, охватывающего наиболее многочисленную и проблемную группу населения Российской Федерации – детей и подростков с высокими рисками вовлечения в деструктивные социальные эпидемии химической и психологической зависимости, формирования суицидального поведения. Таким образом, решается важнейшая задача обеспечения доступности квалифицированной психотерапевтической помощи и её приближения к дифференцированным группам населения.

Выполнение другой важнейшей задачи – существенного повышения качества психотерапевтической помощи – в рассматриваемом законопроекте решается за счёт законодательного обеспечения системы мер (нормативно-правовых, организационных, ресурсо-обеспечивающих, контрольных), обозначенных в соответствующих статьях проекта Федерального закона.

Наконец, выполнение третьей важнейшей концептуальной задачи по обеспечению приоритетного права граждан на предоставление доступной и высококачественной психотерапевтической помощи, в наибольшей степени способствующей развитию высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, полностью выводится из возможности эффективной реализации двух первых концептуальных задач законопроекта.

Общая архитектура проекта Федерального закона – 5 глав, 40 статей – в целом соответствует структуре вышеназванных основополагающих концептов: основная идея законопроекта обосновывается в главе 1 «Общие положения»; концептуальные задачи по обеспечению доступности и качества психотерапевтической помощи расписываются в нормативных позициях главы 2 «Психотерапевтическая помощь» и главы 4 «Подготовка специалистов и право на занятие научной, образовательной и практической деятельностью в сфере психотерапевтической помощи»; концептуальная задача по обеспечению прав граждан в сфере психологического здоровья и безопасности, оказания доступной и высококачественной психотерапевтической помощи расписывается в нормативных позициях главы 3 «Права граждан в сфере психологического здоровья и оказания психотерапевтической помощи».

Главные новеллы настоящего законопроекта – позиционирование: сферы психологического здоровья как одного из важнейших приоритетов государственной политики, касающегося в том числе и обеспечения безопасности граждан; психотерапии как самостоятельной научно-практической дисциплины и медико-психологической специальности; отдельного вида первичной психотерапевтической помо-

щи (по аналогии с первичной медико-санитарной помощью, являющейся важнейшим приоритетом в системе здравоохранения); системы профессиональных стандартов в сфере психотерапевтической помощи, в частности стандарта видов, методов и технологий профессиональной психотерапии, обеспечивающего возможность эффективного контроля качества, стандарта квалификации и образования в сфере профессиональной психотерапии, дающего возможность доступа в данную профессию лицам с психологическим образованием – прямо выводимы из общей логики законопроекта, его основных целей и задач. Необходимость такого рода законодательных инноваций обосновывается в прилагаемом к настоящей пояснительной записке отчёте о проведённом научном исследовании.

Важным моментом является наличие в рассматриваемом законопроекте отчетливых правовых и организационных механизмов по реализации предлагаемых инноваций. Так, например, для организации важнейшего этапа первичной психотерапевтической помощи предполагается проведение масштабной переподготовки школьных психологов, действующих в системе среднего образования, что значительно проще и дешевле многолетнего обучения новых специалистов и введения дополнительных штатных единиц. Что же касается организации профильных научных и образовательных центров федерального и регионального значения, то и здесь существует возможность использования потенциала имеющихся кафедр, осуществляющих последиplomную подготовку по психотерапии, а также потенциала крупных негосударственных психотерапевтических центров и организаций.

Таким образом, настоящий законопроект:

- актуален и необходим с точки зрения динамики ситуации, складывающейся в сфере психологического здоровья, полноценного использования возможностей профессиональной психотерапии – как основного инструмента по формированию высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды;
- адекватен по своим основным установкам, целям и задачам главным социальным проблемам современного этапа развития общества;
- содержит необходимые и обоснованные инновационные компоненты;
- содержит правовые и организационные механизмы реализации предлагаемых законодательных инноваций;
- ограничивается минимальным объёмом затрат, необходимых на его реализацию.

На основании всего вышеизложенного, проект Федерального закона «О психотерапии» рассматривается как своевременная и необходимая законодательная инициатива и подаётся в Государственную Думу Российской Федерации для дальнейшего прохождения.

**Федеральный закон Российской Федерации
«О психотерапии»**

Глава 1. Общие положения

Статья 1. Предметы регулирования настоящего Федерального Закона

1. Предметом регулирования настоящего Федерального Закона являются общественные отношения, возникающие в сфере психотерапевтической помощи в связи с реализацией прав граждан на психологическое здоровье и безопасность, обеспечением государственных гарантий и созданием условий для реализации прав и свобод человека в данной сфере, выделением психотерапии в самостоятельную медико-психологическую специальность.

2. Настоящий Федеральный Закон устанавливает основные принципы государственной политики Российской Федерации в сфере развития профессиональной психотерапии, правовые, научно-методологические, организационные и экономические основы психотерапевтической помощи, общие правила её оказания, правовые положения её участников.

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном Законе

Для целей настоящего Федерального Закона применяются следующие понятия:

1) психотерапия – самостоятельная научно-практическая дисциплина, медико-психологическая специальность, разрабатывающая и реализующая специфические методы взаимодействия психотерапевта с пациентом или группой, направленного на: эффективное совладание с проблемной или кризисной ситуацией; мобилизацию ресурсов психики и всего организма на преодоление последствий влияния болезнетворных факторов; форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды;

2) психологическое здоровье – способность к эффективной самоорганизации, обеспечивающая адекватную адаптацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде;

3) психотерапевтическая помощь – система специальных, профессионально организованных мероприятий, направленных на удовлетворение потребностей населения в психологическом здоровье, доступных и высококачественных услугах психотерапевтического профиля;

4) качество психотерапевтической помощи – степень соответствия оказываемой профильной помощи ожиданиям и потребностям населения, а также научно-обоснованным требованиям в сфере достижения планируемых показателей психологической, клинической, социальной и экономической эффективности;

5) расстройство адаптации – болезненные проявления в виде раздражительности, утомляемости, снижения работоспособности в ситуации, когда требования агрессивной среды превышают ресурсные возможности организма;

6) технология (техника) профессиональной психотерапии – описание последовательности структурированных действий (поведения) психотерапевта с целью развития определенных изменений у пациентов в процессе психотерапевтической коммуникации;

7) метод профессиональной психотерапии – теоретическое обоснование возможности каких-либо определённых изменений в психологическом состоянии пациента с подробным описанием технологии достижения планируемых изменений;

8) профессиональный стандарт психотерапевтической помощи – утверждённый нормативный документ, в котором устанавливаются общие принципы, характеристики, правила и содержание определенных аспектов деятельности по оказанию психотерапевтической помощи, многократное использование которых закономерно приводит к планируемому результату;

9) система профессиональных стандартов в сфере психотерапевтической помощи – нормативно заданная, согласованная профессиональная активность организаций и лиц, действующих в сфере профессиональной психотерапии, направленная на развитие и совершенствование психотерапевтической помощи;

10) доказательная практика – стандарт планирования, организации, проведения исследования по определению эффективности какого-либо метода или технологии, оказывающей влияние на состояние здоровья человека, а также анализа и предоставления результатов, служащий гарантией достоверности и точности полученных данных и представленных результатов, а также обеспечивающий защиту прав, здоровья и конфиденциальности субъектов исследования;

11) лицензирование – нормативно заданная процедура оформления и получения официального разрешения на реализацию какого-либо вида профессиональной деятельности, подлежащего лицензированию в соответствии с действующим законодательством;

12) аккредитация – нормативно заданная процедура установления статуса какой-либо организации или юридического лица, подтверждающего полномочия по оказанию планируемой деятельности;

13) аттестация – нормативно заданная процедура оценки степени профессиональной подготовленности специалиста;

14) квалификация – характеристика уровня подготовки к выполнению определенного вида профессиональной деятельности;

15) супервизорская оценка качества – процесс оценки качества профессиональной деятельности специалиста (супервизируемого) другим специалистом (супервизором), обычно более квалифицированным и опытным;

16) не легализованные методы и технологии профессиональной психотерапии – методы и технологии, не прошедшие нормативно заданную процедуру официального признания и включения в единый реестр официально признанных направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии.

Статья 3. Основные принципы государственной политики в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи

Государственная политика в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствовании психотерапевтической помощи основывается на следующих принципах:

1) признания приоритетности сферы психологического здоровья, обеспечивающего устойчивость населения к вовлечению в химическую (алкоголизм, наркомании, токсикомании), деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании, компьютерная зависимость и др.), иные адаптационные расстройства;

2) признания необходимости ускоренного развития институтов, представляющих психотерапию как самостоятельную научно-практическую дисциплину и медико-психологическую специальность, и обеспечивающих возможность эффективного совладания с проблемными и кризисными ситуациями; мобилизации ресурсов психики и всего организма на полноценное преодоление последствий влияния болезненных факторов; форсированного развития высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды; достижения активного долголетия и высокого качества жизни;

3) соблюдение прав граждан в сфере психологического здоровья и безопасности и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

4) достижение соответствия структуры, объема и качества предоставляемой психотерапевтической помощи реальной потребности населения в данной помощи;

5) научная обоснованность используемых психотерапевтических методов и технологий;

6) сочетание государственного и общественного регулирования в сфере развития профессиональной психотерапии и оказания психотерапевтической помощи;

7) многоукладность, гибкость подходов в вопросах организации психотерапевтической помощи.

Статья 4. Цели и задачи законодательства о психотерапии

1. Целями законодательства о психотерапии является установление государственных гарантий, механизмов реализации прав граждан на психологическое здоровье и безопасность, создание условий, обеспечивающих доступность и высокое качество психотерапевтической помощи.

2. Основными задачами законодательства о психотерапии являются:

1) обеспечение и защита прав граждан в сфере психологического здоровья и безопасности;

2) обеспечение и защита прав граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи;

3) создание правовых условий для свободного развития психотерапии как самостоятельной научно-практической дисциплины и медико-психологической специальности;

4) установление принципов регулирования и порядка оказания психотерапевтической помощи;

5) создание правовых условий для свободного доступа населения к услугам психотерапевтического профиля;

6) правовое регулирование вопросов обеспечения качества психотерапевтической помощи.

Статья 5. Законодательство о психотерапии

1. Законодательство о психотерапии основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Нормы о психотерапии и психотерапевтической помощи, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, не должны противоречить нормам настоящего Федерального закона.

3. В случае несоответствия норм о психотерапии и психотерапевтической помощи, содержащихся в других нормативных правовых актах Российской Федерации субъектов Российской Федерации, нормам настоящего Федерального закона, применяются нормы настоящего Федерального закона.

Статья 6. Государственное регулирование в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи

1. Государственное регулирование в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи осуществляется: законодательными органами, органами государственной власти, Министерством здравоохра-

нения Российской Федерации, профильными научными центрами федерального уровня; законодательными органами, органами государственной власти, министерствами здравоохранения, профильными научными центрами уровня субъектов Российской Федерации.

2. К полномочиям федеральных органов в сфере развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи, относятся следующие:

1) федеральные законодательные органы обсуждают и принимают законодательные акты, устанавливающие права граждан на психологическое здоровье и безопасность, оказание доступной и высококачественной психотерапевтической помощи; пересматривают или отменяют законы, а также иные нормативные акты, необоснованно ущемляющие права граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи; рассматривают и утверждают статьи федерального бюджета, обеспечивающие финансирование профильных федеральных научно-исследовательских и общеобразовательных центров, учреждений и центров, оказывающих психотерапевтическую помощь;

2) Правительство Российской Федерации разрабатывает и проводит единую государственную политику в сфере психологического здоровья и безопасности граждан, развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи; обеспечивает реализацию государственных гарантий прав граждан в данной сфере; разрабатывает и утверждает государственные программы Российской Федерации, федеральные целевые программы по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи; создает, реорганизует и ликвидирует профильные научно-исследовательские и образовательные центры федерального значения; утверждает федеральные стандарты в сфере профессиональной психотерапии; осуществляет финансирование федеральных программ по развитию профессиональной психотерапии и психотерапевтической помощи;

3) Министерство здравоохранения Российской Федерации вносит предложения по формированию единой государственной политики в сфере психологического здоровья и безопасности граждан, развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи; проводит единую государственную политику в данной сфере; разрабатывает и реализует программы многоуровневого мониторинга психологического здоровья населения Российской Федерации и оценки потребности в психотерапевтической помощи; на основе научного анализа результатов мониторинга разрабатывает и вносит предложения по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи в Правительство Российской Федерации; проводит экспертную оценку проектов федеральных стандартов в сфере профессиональной

психотерапии; осуществляет лицензирование и аккредитацию профильных научно-исследовательских, образовательных центров федерального значения; в пределах своей компетенции разрабатывает и утверждает ведомственные приказы и иные нормативные акты по регулированию психотерапевтической помощи; в пределах своей компетенции осуществляет финансово-экономическую деятельность по развитию профессиональной психотерапии и оказанию психотерапевтической помощи; осуществляет контроль качества реализации профильных научно-исследовательских, образовательных программ, а также программ в сфере оказания психотерапевтической помощи;

4) профильные научно-исследовательские центры федерального уровня на основе проведения комплексных научных исследований готовят предложения по формированию единой государственной политики в сфере психологического здоровья и безопасности граждан, развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи; разрабатывают проекты государственных программ Российской Федерации, федеральных целевых программ по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи; разрабатывают и осуществляют многолетние программы фундаментальных и прикладных научных исследований в сфере обеспечения высоких уровней индивидуального и социального психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, разработки и апробации эффективных психотерапевтических методов и технологий, разработки обновленных вариантов профессиональных стандартов; принимают участие в реализации фрагментов государственной политики, касающихся научного обоснования используемых психотерапевтических методов и технологий, а также в реализации соответствующих фрагментов государственных и целевых программ Российской Федерации по развитию профессиональной психотерапевтической помощи; принимают участие в разработке проектов ведомственных и межведомственных приказов федерального уровня, регулирующих деятельность научных, образовательных и практических учреждений и центров психотерапевтического профиля; выполняют функции организационно-методического и учебного центра федерального уровня в сфере профессиональной психотерапии; осуществляют организационно-методическое и научно-методологическое сопровождение процесса инновационного внедрения новых методов и технологий психотерапевтической помощи и контроль над их эффективностью; принимают участие в подготовке научно-педагогических кадров по специальности «Психотерапия»; совместно с Высшей аттестационной комиссией при Министерстве образования и науки Российской Федерации формируют предложения о создании советов по защи-

те диссертаций ученой степени кандидата медицинских наук, на соискание ученой степени доктора медицинских наук по самостоятельной специальности «Психотерапия», установлению и изменению состава этих советов; активно взаимодействуют с профессиональными ассоциациями, профильными региональными научно-исследовательскими и образовательными центрами по вопросам, касающимся развития профессиональной психотерапии; совместно с профессиональными ассоциациями разрабатывают и реализуют порядок официального признания психотерапевтических методов и технологий; формируют единый реестр официально признаваемых направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии.

3. К полномочиям органов, действующих в сфере регулирования развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи на уровне субъектов Российской Федерации, относятся следующие:

1) законодательные органы субъектов Российской Федерации в рамках своей компетенции обсуждают и принимают законодательные акты, способствующие расширению доступа населения к высококачественной психотерапевтической помощи, не противоречащие настоящему Федеральному Закону; пересматривают и отменяют законодательные акты субъектов Российской Федерации, необоснованно ущемляющие права граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи; рассматривают и утверждают статьи бюджета субъектов Российской Федерации, обеспечивающие финансирование гарантированного объема психотерапевтической помощи, деятельность профильных научно-исследовательских и образовательных центров, действующих на уровне субъектов Российской Федерации;

2) органы государственной власти субъектов Российской Федерации проводят единую государственную политику в сфере психологического здоровья и безопасности граждан, развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи; обеспечивают реализацию государственных гарантий прав граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи в субъектах Российской Федерации; обеспечивают реализацию фрагментов государственных и целевых программ Российской Федерации по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи, предназначенных для выполнения в субъектах Российской Федерации; разрабатывают и утверждают региональные программы по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи в субъектах Российской Федерации; создают, реорганизуют и ликвидируют профильные научно-исследовательские и образовательные центры регионального значения; осуществляют финансово-экономическое обеспечение гарантированного объема психотера-

певтической помощи, деятельности региональных научно-исследовательских и образовательных психотерапевтических центров;

3) Министерства здравоохранения субъектов Российской Федерации проводят единую государственную политику в сфере психологического здоровья и безопасности граждан, развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи; реализуют программы многоуровневого мониторинга психологического здоровья населения субъектов Российской Федерации; на основе научного анализа результатов мониторинга вносят предложения по совершенствованию региональных программ развития профессиональной психотерапии, реализуемых на уровне субъектов Российской Федерации; в пределах своей компетенции разрабатывают и утверждают ведомственные приказы и иные нормативные акты, касающиеся вопросов регулирования психотерапевтической помощи; осуществляют лицензирование и аккредитацию профильных научно-исследовательских, образовательных центров регионального значения и учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь на уровне субъектов Российской Федерации; в пределах своей компетенции осуществляют финансово-экономическую деятельность по развитию профессиональной психотерапии и оказанию гарантированного государством объема психотерапевтической помощи в регионах; осуществляют контроль качества реализации региональных научно-исследовательских, образовательных программ, программ в сфере оказания психотерапевтической помощи;

4) профильные научно-исследовательские центры, действующие на уровне субъектов Российской Федерации, готовят обоснованные предложения по формированию региональных программ в сфере развития профессиональной психотерапевтической помощи; разрабатывают и осуществляют программы прикладных научных исследований в сфере разработки и апробации эффективных психотерапевтических методов и технологий, принимают участие в реализации соответствующих фрагментов государственных и целевых программ Российской Федерации, фрагментов региональных программ по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи; принимают участие в разработке проектов ведомственных и межведомственных приказов уровня субъекта Российской Федерации, касающихся регулирования деятельности научно-исследовательских, образовательных и практических учреждений и центров психотерапевтического профиля; могут выполнять функции организационно-методических и учебных центров уровня субъектов Российской Федерации; совместно с Федеральным научно-исследовательским центром, действующим в сфере профессиональной психотерапии, осуществляют организационно-методическое и научно-методологическое со-

проведение процесса инновационного внедрения новых методов и технологий психотерапевтической помощи и контроль над их эффективностью; принимают участие в подготовке научно-педагогических кадров по специальности «Психотерапия»; активно взаимодействуют с профессиональными психотерапевтическими ассоциациями, их региональными отделениями по вопросам развития профессиональной психотерапии и ресурсной поддержки их деятельности.

Статья 7. Общественное регулирование в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи

1. Общественное регулирование в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи осуществляется действующими профессиональными психотерапевтическими ассоциациями и объединениями, созданными и зарегистрированными в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. К сферам компетенции действующих профильных психотерапевтических ассоциаций и объединений относятся:

1) разработка обоснованных предложений по формированию единой государственной политики в сфере обеспечения высоких уровней психологического здоровья и безопасности граждан, развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи;

2) разработка обоснованных предложений по формированию государственных и целевых программ Российской Федерации, региональных программ, реализуемых на уровне субъектов Российской Федерации, по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи;

3) участие в проведении единой государственной политики в сфере обеспечения высоких уровней индивидуального и социального психологического здоровья и безопасности граждан, развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи;

4) участие в организации и проведении многоуровневого мониторинга психологического здоровья населения и эффективности оказываемой психотерапевтической помощи;

5) участие в разработке и реализации дополнительных образовательных программ повышения квалификации по специальности «Психотерапия» – на основаниях, предусмотренных Федеральным Законом «Об образовании в Российской Федерации»; разработке образовательных стандартов в сфере профессиональной психотерапии;

6) разработка и утверждение этического кодекса специалистов-психотерапевтов, специалистов, принимающих участие в оказании психотерапевтической помощи, специалистов, имеющих допуск к

оказанию первичной психотерапевтической помощи; формирование этических комитетов и комиссий по вопросам профессиональной этики;

7) защита прав специалистов, действующих в сфере психотерапевтической помощи;

8) участие в деятельности Координационного совета по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи;

9) участие в аттестации специалистов-психотерапевтов, специалистов, принимающих участие в оказании психотерапевтической помощи, специалистов, имеющих допуск к оказанию первичной психотерапевтической помощи в объеме, установленном законодательством Российской Федерации;

10) разработка и реализация порядка официального признания психотерапевтических методов и технологий, формирование единого реестра официально признаваемых психотерапевтических направлений, методов и технологий в сотрудничестве с Федеральным научно-исследовательским центром, действующим в сфере профессиональной психотерапии.

Статья 8. Координационный совет по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи

1. Координационный совет по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи является консультативным органом, действующим при Правительстве Российской Федерации на общественных началах.

2. Координационный совет по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи создается с целью оптимального сочетания государственного и общественного регулирования в сфере обеспечения высокого уровня психологического здоровья и безопасности, оказания доступной и качественной психотерапевтической помощи.

3. Структура, персональный состав и регламент деятельности Координационного совета по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи определяется Правительством Российской Федерации.

Статья 9. Обеспечение доступности и качества психотерапевтической помощи

Обеспечение доступности и качества психотерапевтической помощи осуществляется за счёт предоставления государственных гарантий по оказанию психотерапевтической помощи, инновационно-экспериментальной деятельности по разработке и обновлению системы профессиональных стандартов в сфере профессиональной психотерапии, государственного и общественного контроля соответствия психотерапевтической помощи утвержденным стандартам.

Статья 10. Система федеральных профессиональных стандартов в сфере оказания психотерапевтической помощи

1. Система федеральных профессиональных стандартов в сфере оказания психотерапевтической помощи является основным инструментом управления качеством в данной сфере деятельности.

2. Система федеральных профессиональных стандартов в сфере оказания психотерапевтической помощи включает:

1) стандарт многоуровневого мониторинга психологического здоровья населения Российской Федерации и оценки потребностей в психотерапевтической помощи;

2) стандарт видов, методов, технологий психотерапевтической помощи;

3) стандарт квалификационных требований, предъявляемых к специалистам-психотерапевтам; специалистам, имеющим допуск к оказанию первичной психотерапевтической помощи; специалистам, принимающим участие в оказании психотерапевтической помощи;

4) стандарт образовательных программ, утверждаемый в сфере подготовки специалистов психотерапевтического профиля;

5) организационный стандарт психотерапевтической помощи.

3. Соответствие всем группам профессиональных стандартов является обязательным требованием, предъявляемым при выполнении гарантированного государством объема психотерапевтической помощи.

Соответствие стандартам квалификационных требований, профессиональной подготовки, а также организационному стандарту в части надлежащих условий оказания психотерапевтической помощи является обязательным требованием, предъявляемым лицам, оказывающим психотерапевтическую помощь на возмездной основе.

Глава 2. Психотерапевтическая помощь

Статья 11. Планирование, организация и принципы оказания психотерапевтической помощи

1. Планирование психотерапевтической помощи осуществляется на основании принципов государственной политики в сфере обеспечения психологического здоровья и безопасности граждан, развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи; результатов многоуровневого мониторинга психологического здоровья населения Российской Федерации и оценки потребности в психотерапевтической помощи; результатов научных исследований, проводимых в сфере профессиональной психотерапии; аргументированных предложений от профессиональных психотерапевтических организаций и объединений.

2. Организация психотерапевтической помощи осуществляется на основе настоящего Федерального закона, стандартов организации психотерапевтической помощи, других нормативных актов, утвержденных Правительством Российской Федерации, а также Министерством здравоохранения, Министерством образования и науки, Министерством чрезвычайных ситуаций Российской Федерации, в чью компетенцию входит организация первичной и специализированной психотерапевтической помощи.

3. Основными принципами организации психотерапевтической помощи являются:

1) соблюдение прав граждан в сфере психотерапевтической помощи;

2) приоритет интересов пациентов при оказании психотерапевтической помощи;

3) доступность и качество психотерапевтической помощи;

4) принцип конфиденциальности при оказании психотерапевтической помощи;

5) приоритет наиболее востребованных видов первичной психотерапевтической помощи, эффективно профилактирующих вовлечение детей, подростков и молодежи в химическую (алкоголизм, наркомания, токсикомания), деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игроманию, компьютерную зависимость), формирование суицидального поведения в подростковой и молодежной среде.

Статья 12. Цели и задачи системы психотерапевтической помощи

1. Основной целью системы психотерапевтической помощи является наиболее полное удовлетворение потребностей населения в оказании высококачественной и доступной психотерапевтической помощи; достижение высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды и социальной стабильности; достижение высоких показателей качества жизни, активного долголетия, в том числе и среди категории лиц с длительно текущими и хроническими заболеваниями.

2. Главные задачи системы психотерапевтической помощи следующие:

1) обеспечение прав пациентов при оказании психотерапевтической помощи, включая право на конфиденциальность и анонимность;

2) выявление потребностей населения и его дифференцированных групп в психотерапевтической помощи;

3) информирование населения о возможностях профессиональной психотерапии;

4) достижение соответствия структуры психотерапевтической помощи (видов, условий оказания) актуальным потребностям населения;

5) достижение соответствия методов, технологий профессиональной психотерапии, форм их реализации потребностям целевых групп населения;

6) обоснование эффективности методов, технологий профессиональной психотерапии с позиции доказательной практики;

7) увеличение количества и повышение качества подготовки специалистов, действующих в системе психотерапевтической помощи, до уровня соответствия с организационным и квалификационным стандартами в сфере профессиональной психотерапии, масштабами обозначенных в настоящем Федеральном законе целей и задач;

8) формирование экономической и организационной многоукладности в сфере профессиональной психотерапии с целью расширения возможностей выбора оптимальных вариантов оказания психотерапевтической помощи;

9) обеспечение полноценного контроля качества в сфере оказания психотерапевтической помощи;

10) реализация программы мониторинга эффективности деятельности системы психотерапевтической помощи в Российской Федерации.

Статья 13. Основные виды психотерапевтической помощи

1. Основными видами оказания психотерапевтической помощи являются первичная и специализированная психотерапевтическая помощь.

2. Первичная психотерапевтическая помощь:

1) выделяется с целью приближения психотерапевтической помощи к наиболее многочисленной группе населения;

2) реализуется в средних учебных заведениях, полевых условиях при чрезвычайных ситуациях природного или техногенного характера;

3) охватывает целевую группу учащихся средних учебных заведений с признаками адаптационных расстройств и высокими рисками вовлечения в химическую, деструктивную психологическую зависимость, рисками формирования суицидального поведения, а также их родителей; целевую группу лиц с острой реакцией на стресс в результате чрезвычайных ситуаций, связанных с природными или техногенными катастрофами;

4) осуществляется специалистами – школьными психологами и психологами системы Министерства чрезвычайных ситуаций, имеющими сертифицированный допуск к оказанию первичной психотерапевтической помощи;

5) включает специфические методы и технологии психотерапевтической помощи, утвержденные в системе профессиональных стандартов первичной психотерапевтической помощи;

6) регламентируется настоящим Федеральным законом, системой утвержденных профессиональных стандартов первичной психотерапевтической помощи, а также межведомственными приказами и иными нормативными правовыми актами, утвержденными Министерством здравоохранения, Ми-

нистерством образования и науки, Министерством чрезвычайных ситуаций Российской Федерации;

7) финансируется из средств государственного бюджета.

3. Специализированная психотерапевтическая помощь:

1) выделяется с целью оказания адресной дифференцированной психотерапевтической помощи контингенту лиц, ориентированному на получение профильной помощи в системе здравоохранения;

2) реализуется в системе здравоохранения и других сферах социального профиля;

3) охватывает целевую группу лиц, имеющих показания для специализированной психотерапевтической помощи (психологические проблемы, кризисные состояния, расстройства психики и поведения, иные болезненные расстройства, при которых психотерапия является основным или вспомогательным методом профессиональной помощи);

4) осуществляется дипломированными специалистами – психотерапевтами;

5) включает специфические методы и технологии психотерапевтической помощи, утверждаемые в системе профессиональных стандартов специализированной психотерапевтической помощи;

6) регламентируется настоящим Федеральным законом, системой утвержденных профессиональных стандартов специализированной психотерапевтической помощи, а также иными нормативными правовыми актами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

7) финансируется из средств государственного бюджета и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Статья 14. Учреждения и лица, оказывающие психотерапевтическую помощь

1. Первичную психотерапевтическую помощь оказывают учреждения среднего образования, подразделения Министерства чрезвычайных ситуаций Российской Федерации и другие организации, в штатное расписание которых включены специалисты-психологи, имеющие сертифицированный доступ к оказанию первичной психотерапевтической помощи.

2. Специализированную психотерапевтическую помощь оказывают государственные и частные учреждения, центры и кабинеты, имеющие действующую лицензию на оказание специализированной психотерапевтической помощи, оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Первичную и специализированную психотерапевтическую помощь оказывают лица, имеющие доступ к деятельности в сфере профессиональной психотерапии, оформленный в соответствии со статьей 30 настоящего Федерального закона.

Статья 15. Методы и технологии, используемые при оказании психотерапевтической помощи

1. Методы и технологии профессиональной психотерапии, обоснованные с позиции доказательной практики и внесённые в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии, являются основными при оказании психотерапевтической помощи в объёме, гарантированном государством.

2. Методы и технологии профессиональной психотерапии, не внесённые в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии, и проходящих этап экспериментальной апробации с участием профильного федерального или регионального государственного научно-исследовательского центра, с согласия пациента или его законных представителей также могут быть использованы при оказании психотерапевтической помощи, гарантированной государством.

3. Авторские методы и технологии профессиональной психотерапии, не апробированные в соответствующих условиях и не внесённые в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии, могут использоваться в рамках психотерапевтической помощи, оказываемой на возмездной основе, только по согласию пациента или его законного представителя.

В этом случае психотерапевт предварительно обязан проинформировать пациента или его законного представителя о не легализованном статусе предлагаемого авторского метода или технологии и оформить письменное согласие установленного образца на использование данного метода.

4. Внесение какого-либо психотерапевтического метода или технологии в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений и методов профессиональной психотерапии является основанием для включения данного метода или технологии в федеральный стандарт видов, методов и технологий психотерапевтической помощи.

5. Порядок признания психотерапевтических методов и технологий, их внесения в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений и методов профессиональной психотерапии, а также включения в федеральный стандарт видов, методов и технологий психотерапевтической помощи утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6. Единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений и методов профессиональной психотерапии, содержание действующего федерального стандарта видов, методов и технологий психотерапевтической помощи должны публиковаться на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, профильного

федерального научно-исследовательского центра, общероссийских профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений.

Статья 16. Организационно-методическое и научно-методологическое сопровождение психотерапевтической помощи

1. Организационно-методическое сопровождение психотерапевтической помощи осуществляется с целью эффективного выполнения задач, стоящих перед психотерапевтической службой, стабильного повышения качества психотерапевтической помощи, оказываемой населению Российской Федерации.

2. Организационно-методическое сопровождение психотерапевтической помощи осуществляется организационно-методическими отделами или центрами, действующими при профильном научно-исследовательском центре федерального значения, институтом главных внештатных специалистов по психотерапии, действующем в системе здравоохранения Российской Федерации.

3. Порядок и регламент организационно-методического сопровождения психотерапевтической помощи, с учетом предложений профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений, разрабатывается и утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4. Научно-методологическое сопровождение психотерапевтической помощи осуществляется с целью повышения эффективности используемых, разработки и внедрения инновационных методов и технологий профессиональной психотерапии, а также организационных форм её оказания.

5. Научно-методологическое сопровождение психотерапевтической помощи осуществляется профильными научно-исследовательскими центрами и кафедрами, действующими на федеральном уровне и уровне субъектов Российской Федерации.

6. Порядок и регламент научно-методологического сопровождения психотерапевтической помощи устанавливается по соглашению сторон, принимающих участие в инновационном процессе, с учётом специфики конкретных инновационных или исследовательских проектов.

Статья 17. Порядок оказания психотерапевтической помощи

1. Порядок оказания первичной психотерапевтической помощи разрабатывается и утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации по согласованию с Министерством образования и науки, Министерством чрезвычайных ситуаций Российской Федерации.

2. Порядок оказания специализированной психотерапевтической помощи, с учетом предложений профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений, профильных научно-исследо-

вательских центров и кафедр, разрабатывается и утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. Информация о порядке оказания психотерапевтической помощи должна публиковаться на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, сайтах общероссийских профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений.

Статья 18. Обеспечение конфиденциальности при оказании психотерапевтической помощи

1. Информация, полученная при оказании психотерапевтической помощи, а также факт обращения за психотерапевтической помощью является профессиональной тайной, охраняемой настоящим Федеральным законом.

2. Предоставление сведений о состоянии здоровья лиц, которым оказывалась или оказывается психотерапевтическая помощь, допускается лишь по основаниям, предусмотренных статьей 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в объеме, предусмотренном в данных законодательных актах.

3. Специалисты, оказывающие психотерапевтическую помощь детям и подросткам, в случае необходимости могут информировать родителей или иных законных представителей несовершеннолетних лиц о наличии проблемных или кризисных ситуаций, при которых существует высокая вероятность вовлечения в химическую или деструктивную психологическую зависимость, либо вероятность совершения ими суицидальных действий. Предоставление данной информации не является разглашением профессиональной или врачебной тайны.

Статья 19. Контроль качества в сфере оказания психотерапевтической помощи

1. Контроль качества первичной психотерапевтической помощи при чрезвычайных ситуациях природного или техногенного характера осуществляется за счёт супервизорской оценки процесса и результата данного вида помощи, проводимой по специальному регламенту, согласованному Министерством здравоохранения, Министерством чрезвычайных ситуаций Российской Федерации.

2. Контроль качества первичной психотерапевтической помощи, оказываемой в системе среднего образования, осуществляется по специальным правилам, утвержденным Министерством здравоохранения по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации.

3. Государственный и общественный контроль специализированной психотерапевтической помо-

щи осуществляется в соответствии со статьями 6, 10, 12, 16 настоящего Федерального закона, статьями 64, 87, 88, 90 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Статья 20. Финансовое обеспечение психотерапевтической помощи

1. Финансовое обеспечение психотерапевтической помощи осуществляется в объеме, необходимом для реализации утвержденного стандарта организации психотерапевтической помощи, за счёт:

1) средств государственного бюджета, расходованных на выполнение гарантированного объема психотерапевтической помощи;

2) личных средств граждан по оплате психотерапевтической помощи, предоставляемой в государственных учреждениях сверх гарантированного объема психотерапевтической помощи;

3) личных средств граждан по оплате психотерапевтической помощи, оказываемой в частном секторе;

4) иных финансовых источников, не запрещённых законодательством Российской Федерации.

2. Гарантированный государством объём психотерапевтической помощи утверждается Правительством Российской Федерации.

3. Финансирование научно-исследовательских и образовательных учреждений, действующих в сфере профессиональной психотерапии, осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Статья 21. Права и обязанности специалистов, действующих в системе психотерапевтической помощи

1. Права специалистов, имеющих сертифицированный допуск к оказанию первичной психотерапевтической помощи, приравниваются к правам медицинских работников, устанавливаемых в соответствии со статьей 72 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Обязанности специалистов, имеющих сертифицированный допуск к оказанию первичной психотерапевтической помощи, определяются в соответствии с пунктами 1, 2, 3 части 2 статьи 73 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Права специалистов-психотерапевтов, иных специалистов, принимающих участие в оказании специализированной психотерапевтической помощи, устанавливаются в соответствии со статьей 72 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

Обязанности специалистов-психотерапевтов, а также иных специалистов, принимающих участие в оказании специализированной психотерапевтической помощи, определяются пунктами 1, 2, 3 части 2 статьи 73 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Специалисты-психотерапевты, а также иные специалисты, принимающие участие в оказании специализированной психотерапевтической помощи в учреждениях психиатрического профиля, имеют право на дополнительные гарантии, устанавливаемые статьей 22 Федерального закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Глава 3. Права граждан в сфере психологического здоровья и оказания психотерапевтической помощи

Статья 22. Государственные гарантии обеспечения прав граждан в сфере психологического здоровья и безопасности

Государство гарантирует соблюдение законности и реализации прав граждан в сфере психологического здоровья и безопасности за счёт:

- 1) реализации программ многоуровневого мониторинга состояния психологического здоровья населения Российской Федерации и оценки потребности в психотерапевтической помощи;
- 2) реализации государственных программ Российской Федерации, федеральных целевых программ в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи;
- 3) реализации программ первичной психотерапевтической помощи, обеспечивающих возможность развития высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды;
- 4) надзора за соблюдением законности и реализации прав граждан в сфере психологического здоровья и безопасности.

Статья 23. Государственные гарантии обеспечения прав граждан в сфере психотерапевтической помощи

Государство гарантирует соблюдение законности и реализации прав граждан в сфере психотерапевтической помощи за счёт:

- 1) надзора за соблюдением законности и реализации полного объёма прав граждан при оказании им психотерапевтической помощи;
- 2) выполнения полного объёма функций по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи всеми органами государственной власти в пределах установленной компетенции;

3) государственного контроля над полнотой и качеством оказываемой психотерапевтической помощи.

Статья 24. Права граждан в сфере психологического здоровья и безопасности

Граждане Российской Федерации имеют право:

- 1) на информацию о психологическом здоровье и опасности, которая связана с низким уровнем психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды (повышение риска вовлечения в алкогольную, наркотическую, токсическую зависимость; деструктивную психологическую зависимость – тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании, компьютерную зависимость; иные расстройства адаптации, связанные в том числе с формированием суицидального поведения);
- 2) на конфиденциальную диагностику уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды с выдачей рекомендаций по использованию средств и методов профессиональной психотерапии, при наличии показаний к их использованию;
- 3) на оказание первичной психотерапевтической помощи, направленной на форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, в объёме, гарантированном государством;
- 4) на оказание специализированной психотерапевтической помощи, направленной в том числе и на развитие высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, осуществляемой в государственном и частном секторе;
- 5) на информацию о психологическом здоровье несовершеннолетних детей или лиц, законными представителями которых они являются;
- 6) на оказание необходимого объёма психотерапевтической помощи несовершеннолетним детям или лицам, законными представителями которых они являются.

Статья 25. Права граждан на объективную информацию в сфере профессиональной психотерапии

Граждане имеют право на объективную информацию:

- 1) о целях, задачах и возможностях профессиональной психотерапии, используемых средствах их реализации;
- 2) о правах граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи;
- 3) об уровне квалификации специалистов, действующих в системе психотерапевтической помощи;
- 4) об официально признаваемых направлениях, методах и технологиях профессиональной психотерапии, в том числе включаемых в действующий федеральный стандарт психотерапевтической помощи;

5) об авторских методах и технологиях психотерапевтической помощи, не внесенных в единый реестр общепризнанных направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии и не включенных в действующий федеральный стандарт психотерапевтической помощи;

6) об апробируемых в рамках экспериментальных научно-исследовательских или инновационных проектов методах и технологиях психотерапевтической помощи;

7) о возможных негативных последствиях использования не легализованных методов и технологий психотерапевтической помощи;

8) информация по всем вышеперечисленным пунктам должна: публиковаться на официальном сайте Министерством здравоохранения Российской Федерации, сайтах общероссийских профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений; предоставляться специалистами, оказывающими психотерапевтическую помощь, по требованию клиентов или их законных представителей; в случае использования не легализованных методов и технологий психотерапевтической помощи такая информация должна быть предоставлена лицам, обращающимся за психотерапевтической помощью или их законным представителям в обязательном порядке.

Статья 26. Права граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи

Граждане, при оказании им психотерапевтической помощи, имеют право:

- 1) на уважительное и гуманное отношение;
- 2) на свободный выбор специалистов, видов, методов, технологий и форм (государственной либо частной) оказания психотерапевтической помощи;
- 3) на получение качественной, профессиональной психотерапевтической помощи в объеме, гарантированном государством, и сверхнормативном объеме, реализуемом на возмездной основе;
- 4) на полную и конфиденциальную информацию о состоянии собственного психологического здоровья, диагностируемого в ходе оказания психотерапевтической помощи;
- 5) на сохранение врачебной тайны в отношении сведений, ставших доступными специалистам, действующим в сфере оказания психотерапевтической помощи;
- 6) на анонимный характер оказываемой психотерапевтической помощи;
- 7) на отказ от фото-, видео-, аудиозаписей при оказании психотерапевтической помощи;
- 8) на пересмотр и снятие медицинского диагноза в случае его установления в ходе оказания психотерапевтической помощи в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;
- 9) на получение выписок из документации, оформляемой при оказании психотерапевтической помощи;

10) на иные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Статья 27. Добровольность при оказании психотерапевтической помощи

1. Психотерапевтическая помощь оказывается на добровольной основе, принцип добровольности сохраняется на любой стадии процесса оказания психотерапевтической помощи.

2. Инициатива в отношении оказания психотерапевтической помощи детям, несовершеннолетним подросткам и лицам, состояние которых препятствует проявлению такой инициативы, может исходить от их законных представителей, однако продолжение такого терапевтического процесса после первых двух сеансов возможно лишь при согласии поименованных лиц на оказание им рекомендуемого объема психотерапевтической помощи.

3. В случаях оказания первичной психотерапевтической помощи в условиях природных или техногенных катастроф либо в других кризисных ситуациях инициатива по оказанию профильной помощи может исходить от специалиста, имеющего соответствующий допуск. Однако продолжение психотерапевтического процесса после оказания экстренной психотерапевтической помощи возможно лишь при согласии пациента.

Статья 28. Права граждан на возмещение ущерба

1. Граждане, понесшие ущерб в результате профессиональных ошибок или иных обстоятельств, связанных с оказанием психотерапевтической помощи, имеют право на возмещение ущерба в объеме, устанавливаемом законодательством Российской Федерации.

2. Сам факт, объемы причиненного ущерба, а также их взаимосвязь с процессом оказания психотерапевтической помощи должны быть доказаны в ходе соответствующего судебного разбирательства, решение которого является единственным законным основанием для возмещения причиненного ущерба.

3. Защита прав и интересов лиц, не достигших совершеннолетия, в отношении которых возникают вопросы о причинении им ущерба в результате оказания психотерапевтической помощи, осуществляются их родителями или иными законными представителями.

Глава 4. Подготовка специалистов и право на занятие научной, образовательной и практической деятельностью в сфере профессиональной психотерапии

Статья 29. Допуск к деятельности в сфере профессиональной психотерапии

1. К оказанию первичной психотерапевтической помощи допускаются лица, удовлетворяющие следующим квалификационным требованиям:

1) имеющие высшее образование по специальности «Психология», «Клиническая психология», «Педагогическая психология»;

2) прошедшие профессиональную переподготовку по оказанию первичной психотерапевтической помощи в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию;

3) успешно выдержавшие квалификационный экзамен и получившие сертификат на право оказания первичной психотерапевтической помощи установленного образца;

4) в приложении к сертификату должны быть обозначены методы и технологии первичной психотерапевтической помощи, которыми владеет специалист и которые он может использовать при оказании первичной психотерапевтической помощи; данный перечень может дополняться после прохождения соответствующих программ повышения квалификации.

2. К оказанию специализированной психотерапевтической помощи допускаются лица, удовлетворяющие следующим квалификационным требованиям:

1) имеющие высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», либо высшее образование по специальности «Клиническая психология»;

2) профессиональную переподготовку по психотерапии либо клиническую ординатуру по психотерапии в медицинском образовательном учреждении высшего или дополнительного профессионального образования, либо в профильных научно-исследовательских центрах федерального или регионального уровня, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию;

3) успешно выдержавшие квалификационный экзамен и получившие диплом установленного образца, дающий право на оказание специализированной психотерапевтической помощи;

4) в приложении к диплому должны быть обозначены методы и технологии специализированной психотерапевтической помощи, которыми владеет специалист и которые он может использовать при оказании психотерапевтической помощи; данный перечень может дополняться после прохождения соответствующих программ повышения квалификации.

3. К участию в оказании специализированной психотерапевтической помощи в пределах компетенций, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации, допускаются лица:

1) имеющие высшее психологическое образование по специальности «Клиническая психология», либо другое высшее психологическое образование и прошедшие профессиональную пере-

подготовку по клинической психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию;

2) специалисты по социальной работе со средним или высшим профессиональным образованием, прошедшие программы повышения квалификации по специальным вопросам оказания психотерапевтической помощи в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

4. К участию в научно-исследовательской деятельности, проводимой в сфере профессиональной психотерапии, допускаются специалисты:

1) обозначенные в части 2 статьи 29 настоящего Федерального закона;

2) прошедшие или обучающиеся в программе подготовки научно-педагогических кадров по специальности «Психотерапия» (аспирантуре, докторантуре).

5. К участию в общеобразовательной деятельности в сфере подготовки специалистов психотерапевтического профиля допускаются специалисты, обозначенные в части 2 статьи 31 настоящего Федерального закона.

Статья 30. Образовательные программы в сфере профессиональной психотерапии

1. К образовательным программам в сфере профессиональной психотерапии относятся:

1) программы профессиональной переподготовки по профилю первичной психотерапевтической помощи;

2) программы профессиональной переподготовки по психотерапии;

3) программы клинической ординатуры по специальности «Психотерапия»;

4) программы подготовки научно-педагогических кадров (аспирантура, докторантура) по специальности «Психотерапия»;

5) программа повышения квалификации по первичной и специализированной психотерапевтической помощи, а также по профилям психологической и социальной работы, осуществляемой в рамках оказания специализированной психотерапевтической помощи.

2. Общая структура, содержание и объём программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации, обозначенные в части 1 статьи 30 настоящего Федерального закона, утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации и включаются в стандарт образовательных программ в сфере подготовки специалистов психотерапевтического профиля.

3. Выполнение требований соответствующего образовательного стандарта является обязательным при подготовке специалистов психотерапевтического профиля.

Статья 31. Организации и лица, осуществляющие образовательную деятельность в сфере профессиональной психотерапии

1. Право на реализацию образовательных программ в сфере профессиональной психотерапии имеют организации:

1) обозначенные в пункте 2 части 3, в пункте 4 части 4 статьи 23 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации от 1 января 2013 г.;

2) отвечающие лицензионным требованиям в части квалификации преподавателей, соответствия реализуемых образовательных программ утверждённому образовательному стандарту в сфере подготовки специалистов психотерапевтического профиля, соответствия условий реализации образовательного процесса установленным стандартным требованиям;

3) имеющие действующую государственную лицензию и государственную аккредитацию на дополнительное образование в сфере профессиональной психотерапии.

2. Право на реализацию образовательных программ в сфере повышения квалификации по отдельным методам и технологиям профессиональной психотерапии, в соответствии с частью 2 статьи 21, со статьей 33 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 1 января 2013 г. может предоставляться индивидуальному предпринимателю без образования юридического лица:

1) при соблюдении им требований законодательства Российской Федерации, предъявляемых к осуществлению данного вида образовательной деятельности;

2) при соблюдении лицензионных требований в части профессиональной квалификации, соответствия реализуемых образовательных программ утверждённому образовательному стандарту в сфере подготовки специалистов психотерапевтического профиля, соответствия условий реализации образовательного процесса установленным стандартным требованиям;

3) при наличии соответствующей государственной лицензии.

3. Организации и лица, осуществляющие образовательную деятельность в сфере профессиональной психотерапии в соответствии с частью 1 и частью 2 статьи 31 настоящего Федерального закона, имеют право на выдачу дипломов и сертификатов установленного образца, учитываемых при процедуре аттестации и переаттестации на право занятия профессиональной деятельностью.

Статья 32. Подтверждение права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии

1. Подтверждение права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии (квалификационные экзамены, процедура аттестации, переаттестации и другие нормативные процедуры) проводит-

ся в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

2. При прохождении процедуры подтверждения права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии соответствующие аттестационные комиссии могут принимать во внимание рекомендации этических комитетов профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений.

Статья 33. Прекращение права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии

1. Прекращение права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии осуществляется на основаниях и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2. Инициатива о досрочном прекращении права на деятельность в сфере оказания психотерапевтической помощи в отношении конкретных лиц может исходить от этических комитетов профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений.

Статья 34. Контроль качества в сфере подготовки специалистов, действующих в сфере профессиональной психотерапии

Контроль качества в сфере подготовки специалистов, действующих в сфере профессиональной психотерапии, осуществляется в соответствии с частью 1 и частью 2 статьи 93 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 1 января 2013 г., предусматривающих в частности:

1) лицензирование соответствующей образовательной деятельности;

2) государственную аккредитацию образовательной деятельности;

3) государственный контроль (надзор) в области психотерапевтического образования;

4) независимую оценку качества профильного образования;

5) общественную аккредитацию профессионального психотерапевтического образования.

Статья 35. Признание документов иностранных государств об образовании и квалификации в сфере профессиональной психотерапии

Признание в Российской Федерации документов иностранных государств об образовании и квалификации в сфере профессиональной психотерапии осуществляется на основаниях и в порядке, предусмотренных статьей 111 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 1 января 2013 г.

Глава 5. Заключительные положения**Статья 36. Вступление в силу Федерального закона**

Настоящий федеральный закон вступает в силу со дня его подписания.

Статья 37. Международное сотрудничество в сфере профессиональной психотерапевтической деятельности

Научные, образовательные и практические организации, профессиональные ассоциации, объединения, лица, осуществляющие свою деятельность в сфере профессиональной психотерапии, имеют право осуществлять международное сотрудничество в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 38. Международные договоры

Если международными договорами, ратифицированными Российской Федерацией, устанавливаются иные правила, чем те, которые содержатся в

настоящем Федеральном законе, то применяются правила международного договора.

Статья 39. Признание утратившими силу отдельных нормативных актов

В случае, если нормативные акты Российской Федерации противоречат положениям настоящего Федерального закона, то данные нормативные акты или их отдельные положения утрачивают силу со дня опубликования настоящего Федерального закона.

Статья 40. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона

Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

УДК 616.89

**К ПРОГРАММЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПО ТЕМЕ
«ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С РИСКАМИ
ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ)
И ЭКСПРЕСС-ПСИХОТЕРАПИЯ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»**

А.З. Нургазина	руководитель отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)
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. Павлодар (РК)
К.Ж. Алина	научный сотрудник патентно-информационного отдела РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

1. Введение

Одним из направлений повышения уровня подготовки врачей в институтах усовершенствования врачей являются дальнейшая оптимизация учебного процесса, совершенствование и внедрение в него типовых учебных программ включающих не только медицинских, но и психологических проблем.

Одним из основных секторов развития инновационных подходов в профилактики социальных эпидемий является теоретическая и практическая психотерапия. Данная дисциплина признаётся многими авторитетными исследователями одним из главных компонентов программ профилактики.

Следовательно, в настоящее время актуальной необходимостью является подготовка и обучение специалистов, в частности, психологов, психотерапевтов, обеспечивающих профессиональную реализацию эффективных психотерапевтических технологий в области профилактики социальных эпидемий.

Целью настоящего проекта образовательной программы является обучение и подготовка профессионального психолога и психотерапевта в наркологии.

Специальность «Психотерапия» – это целенаправленное применение психотерапевтических методов и интерперсональных установок, выведенных из личного мифа пациента/клиента, с целью помочь модифицировать паттерны поведения, когниции, эмоции и/или другие личностные характеристики в том направлении, которое участники психотерапевтического процесса считают желательным.

Специалист-психолог – это специалист с высшим педагогическим образованием, который имеет юридическое право оказывать специализированную помощь населению с психологическими проблемами. Специалист может работать, освоив программу подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший со-

ответствующий документ о прохождении тематического усовершенствования.

Основная задача этой программы – подготовить специалистов к работе в лечебно-профилактических, реабилитационных, образовательных учреждениях различного профиля, оказывающих в первую очередь различные виды психологической, лечебно-профилактической, психиатрической и психотерапевтической помощи.

Особое внимание уделяется формированию профессионального языка специалиста – психолога и врача-психотерапевта и адекватному использованию его в процессе профессионального взаимодействия с представителями медицинских специальностей. Предлагаемая программа позволяет строить учебный процесс с учётом личностных особенностей обучающихся.

На основе типовой учебной программы организации, осуществляющие дополнительное образование, разрабатывают рабочую программу. В случае необходимости, учитывая специфику контингента обучающихся, уровень базисных знаний, крайнюю патологию, актуальность задач здравоохранения и другие обстоятельства, разрешается вносить коррекцию в структуру занятий, в учебные часы, регламентированные учебными программами, в пределах 15-20% от общего объёма времени для каждого соответствующего цикла. Рабочие программы циклов утверждаются самими образовательными учреждениями.

Продолжительность цикла обучения: тематическое усовершенствование – 162 часа.

Достижение основной образовательной цели предполагает использование следующих форм обучения: лекции, семинары, практические занятия на клинических базах (в психиатрических стационарах, психоневрологических диспансерах, психотерапевтических консультациях, кризисных центрах, психосоматических и общесоматических больницах), психотерапевтические и профессиональные тренинги, работа под руководством супервизора (опытного наставника).

В период обучения проводится базисный и рубежный контроль знаний.

Для удобства пользования все разделы программ дополнительного медицинского образования изложены в одной таблице, что позволяет наглядно учитывать особенности обучения разной продолжительности. Кроме того, программы даны в текстах с разной степенью детализации.

По окончании каждого цикла профессиональной переподготовки или тематического усовершенствования проводится экзамен и выдаётся документ установленного образца.

Цели дисциплины

Цель профессиональной подготовки по психологии и психотерапии – подготовить специалистов

к работе в лечебно-профилактических, реабилитационных, образовательных учреждениях различного профиля, оказывающих в первую очередь различные виды психологической, лечебно-профилактической, психиатрической и психотерапевтической помощи.

Задачи дисциплины:

- диагностировать и квалифицировать состояние, проблему, расстройства пациента/клиента (зависимого от психоактивных веществ (ПАВ) и его ближайшего окружения) в психотерапевтических и психопатологических терминах;
- выстраивать стратегию психотерапевтического процесса, использовать методы и методики симптомо-ориентированной, личностно-ориентированной, социо-ориентированной психотерапии (индивидуальной и групповой, долгосрочной и краткосрочной, семейной и супружеской, интегративно-развивающей и противорецидивной);
- использовать основные развивающие практики программ, специализированные технологии психотерапии;
- повышать профессиональную и личностную эффективность собственную и своих коллег средствами профессиональной психотерапии (личная терапия, ко-терапия, интервизия, балнтовские группы);
- выступать в качестве супервизора в процессе профессиональной психотерапии;
- адекватно относиться к проблеме лиц с рисками вовлечения в социальные эпидемии;
- документировать и анализировать собственную профессиональную деятельность, согласно уставным требованиям.

Основными методами подготовки курсантов являются: лекционный материал, работа на семинарских и практических занятиях, а также самостоятельная работа слушателей – внеаудиторная работа по перечню тем, отведенных на самостоятельное изучение и включает подготовку презентации, работу в библиотеке, в Интернете, а также участие в работе клинических отделений Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН).

Конечные результаты обучения

Слушатель должен знать:

- основные представления о предмете, задачах и перспективах развития консультирования;
- основы психологического консультирования, иметь представления о базовых теориях и методах психологического аддиктологического консультирования;

- медико-психологические аспекты профилактики, лечения и реабилитации рисков вовлечения в химическую и нехимическую зависимости;
- научно-теоретические основы клинико-психологической интервенции;
- научно-теоретические основы клинико-психологической диагностики расстройств паттернов функционирования.

Слушатель должен уметь:

- ориентировать собственное поведение в общении с клиентом в сторону клиента;
- устанавливать, поддерживать и пересматривать соответствующие структурные границы отношений на разных стадиях процесса консультирования;
- заключать контракт или устанавливать ясное взаимное соглашение относительно целей работы;
- развивать осознание:
 - а) контекста, в котором сотрудничают консультант и клиент;
 - б) и как консультирование влияет на этот контекст;
- уметь так общаться с клиентом, чтобы источник присутствующего дискомфорта был усилен достаточным образом, чтобы внести свой вклад в процесс консультирования;
- обновлять (уточнять) цели консультирования с тем, чтобы продвигать их вперед;
- способствовать продвижению клиента к собственному инсайту, развитию, изменению;
- способствовать перенесению в повседневную жизнь клиента тех изменений, которые достигнуты в рамках отношений «консультант – клиент», анализировать пересматривать – просматривать процесс консультирования в терминах, используемых клиентом, и, с точки зрения, его (клиента) опыта;
- завершать (подводить к завершению) процесс консультирования, признавая, что оба участника (консультант и клиент) приобрели но-

- вый опыт, последовательно работать в рамках четкой теоретической ориентации;
- признавать ограничения и границы, как профессионального, так и личного характера;
- признавать потребности клиента, которые вынуждают его обращаться к специалисту иного профиля, и соответственно переадресовывать клиента;
- постоянно осознавать этические решения и искать соответствующие подходы в решении этических дилемм;
- оценивать процесс консультирования, с точки зрения собственного обучения (научения), быть консультантом;
- признавать потребность в постоянной супервизии;
- использовать различные методы в практической работе, иметь опыт с множеством методов интервенции;
- быть способным устанавливать и придерживаться определенных рамок в консультировании (времени, места внешних деятельности/отношений, установленного плана; ориентированность на время);
- быть способным устанавливать и поддерживать профессиональные отношения;
- быть способным понимать и предохранять пациента от излишних вмешательств в личное пространство; конфиденциальность;
- быть способным заключать с пациентом финансовые договоры, согласованные с контекстом лечения.

Слушатель должен владеть навыками:

- консультирования;
- супервизии;
- выступать в качестве супервизора в процессе профессиональной психотерапии;
- адекватно относиться к проблеме лиц с рисками вовлечения в социальные эпидемии;
- документирования и анализа собственной профессиональной деятельности, согласно уставным требованиям.

2. Распределение часов дисциплины

Переподготовка для специалистов с предшествующим уровнем образования и стажем работы по специальностям психиатрического и непсихиатрического профилей

Дисциплина	Аудиторные часы			СРС
	Всего	Лекции	Практические занятия/ Семинары	
Психолого-психотерапевтическая помощь лицам с рисками вовлечения в социальные эпидемии (психологические аддикции) и экспресс-психотерапия на этапе первичной профилактики	162	36	72	54
Общее количество часов	162	36	72	54

3. Примерный тематический план и содержание профилирующих дисциплин

3.1 Примерный тематический план лекций

п/п	Тема
1.	Аддиктология, понятие социальные эпидемии (химические и нехимические зависимости). Психология и психопатология аддиктивного поведения. Распространенность рисков вовлечения в социальные эпидемии в РК.
2.	Концепция психологического здоровья. Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии
<i>Аддиктологическое консультирование лиц с начальными признаками вовлечения на этапе первично-профилактической помощи</i>	
3.	Методология аддиктологического консультирования
4.	Цель и задачи аддиктологического консультирования снижения рисков вовлечения в социальные эпидемии
5.	Общая методология психокоррекционной работы лиц с рисками вовлечения в химические и нехимические зависимости в системе ПМСП
<i>Блок «Теоретическое и практическое основание экспресс-психотерапии»</i>	
6.	Теоретическое и практическое основание ЭП (основные принципы)
7.	Теоретические и практические основания ЭП (основные компоненты и особенности технологического оформления коммуникации)
8.	Правила конструирования проекта терапии в ЭП
9.	Основные структурированные техники в ЭП
10.	Концепция устойчивого ресурсного состояния в ЭП
<i>Блок «Психотехнологическое оформление метафорического и игрового пространства в ЭП»</i>	
11.	Ключевые механизмы, фазы и технологии сказкодрамы, мифо-драмы, притчедрамы в ЭП

3.2 Тематический план семинаров и практических занятий

3.2.1 Тематический план семинаров

№ п/п	Наименование тем семинарских занятий	Краткое содержание
1.	Теоретические и практические основания	
1.1	Концепция психологического здоровья. Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии	Концепция психологического здоровья: понятие, основные принципы, основные составляющие. Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии. Понятие социальных эпидемий. Факторы риска и факторы защиты. Понятие химические и нехимические зависимости. Основные направления в изучении теории личности; теории личности в отечественной психологии: понятие личности с позиции психологий психологии деятельности; общение и формирование личности; психология отношений; теория установки.
2.	Диагностический блок	
2.1	Диагностика рисков вовлечения в химическую зависимость (химические зависимости). Диагностика рисков вовлечения в нехимические зависимости (религиозная, игровая, компьютерная и др.). Диагностика психологического и социального здоровья	Диагностика выявления рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости. Общие сведения. Компьютерная программа по выявлению групп риска вовлечения в химическую и нехимическую зависимости: основание, содержание, основные диагностические блоки, обработка и оценка результатов. Применения компьютерной диагностической программы на практике. Выявление группы риска. Основные диагностические технологии по выявлению групп риска вовлечения в химические и нехимические зависимости: оценка биологических факторов риска, оценка развития базовых приобретений, оценка развития новообразований, оценка степени риска в социальном окружении. Теоретический разбор результатов и закрепление практического опыта.

№ п/п	Наименование тем семинарских занятий	Краткое содержание
2.2	Диагностические технологии в системе ПМСП	Работа в большой группе по определению факторов риска и возможности их исследования. Основные диагностические технологии выявления групп риска по вовлечению в химическую и нехимическую зависимости среди взрослого населения: оценка биологических факторов риска, оценка развития базовых приобретений, оценка развития новообразований, оценка степени риска в социальном окружении. Акмеология, задачи развития человека в данном возрастном периоде. Работа в малых группах по особенностям развития: новая развивающая ситуация, центральная задача развития, ведущие факторы развития, основные приобретения возраста, основной вид деятельности и основные агенты развития, центральные новообразования возраста. Теоретический разбор результатов и закрепление практического опыта.
2.3	Диагностический этап аддиктологического консультирования	Общая стратегия аддиктологического консультирования. Этапы аддиктологического консультирования. Диагностика уровня знаний курсантов в области существующих подходов к профилактике рисков вовлечения в химическую и нехимическую зависимости. Определение основных характеристик и принципов профилактических подходов. Анализ достоинств и недостатков обсуждаемых подходов в малых группах с последующей сравнительной оценкой в большой группе. Определение основных принципов и технологии эффективной профилактической программы на основе проведенного анализа и оценки. Обсуждение преимуществ концепции устойчивости в профилактике рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости. Теоретический разбор полученных результатов. Отработка навыков аддиктологического консультирования в микрогруппах с супервизорской поддержкой и разбором практического случая. Оценка степени продвижения клиента по стадиям терапевтических изменений в модели Дж. Прохазки, К. Ди Клементе. Закрепление теоретических знаний; Углубление профессиональных знаний и навыков. Завершающая сессия на микроцикле, обсуждение, комментарии, заключение.
3.		Технологии психокоррекционной работы
3.1	Общая методология и технологии психокоррекционной работы с рисками вовлечения в психологические зависимости среди молодежи	Введение в психотерапию. Предмет, задачи, определение психотерапии; понятие о психотерапевтическом методе, форма психотерапии, система или направление психотерапии, психотерапевтические методики, психологические методы воздействия; общие факторы психотерапии; классификация методов психотерапии и их сравнительная эффективность. Модели психотерапии. Направления психотерапии. Основные виды психотерапии. Основные, специальные психотерапевтические, консультативные, тренинговые технологии. Социально-психологический тренинг: общая методология тренинга сензитивности; тренинга коммуникативности; тренинга ассертивности; тренинга креативности; ситуационно-ролевого тренинга. Частная методология социально-психологических тренингов. Основные модели проведения СПТ. Алгоритм тренинговой работы, организация тренингового пространства, игровые процедуры в тренинговой работе. Тренинг личностного роста.
3.2	Общая методология и технологии психокоррекционной работы лиц с рисками вовлечения в химические и нехимические зависимости в системе ПМСП	Клиническая структура и особенности лечения пациентов основными психотерапевтическими методами; клиническая гипноуггестивная психотерапия; клиническая рациональная психотерапия; самовнушение и аутогенная тренировка. Индивидуальное и групповое консультирование. Личностные качества психотерапевта; отношение к пациенту; профессиональные характеристики психотерапевта; эффективный психотерапевт; недостатки/проблемы практических психотерапевтов; факторы эффективного пациента; перевод из неэффективного пациента в эффективного; характеристики психотерапевтического процесса; диагностика психотерапевтической проблемы; технологический этап психотерапевтического процесса; оценка достигнутого результата психотерапевтического процесса; экология психотерапевта.

	-	
3.3	- ;	-
3.4	- ;	- ; (), ; ,
4.	« - »	
4.1	- ;	- ; ().
4.2	; -	-



4. Тематика самостоятельной работы слушателя

№ п/п	Наименование тем семинарских занятий	Краткое содержание	
			Содержание СРС
10.		1. Блок «Инструменты достижения устойчивых ресурсов состояний»	Аллитологическое консультирование
		2. Основные этапы аллитологического консультирования	
10.1	Мастер-класс: Практика личной терапии курсантов; практика супервизии с акцентом на стратегию достижения устойчивых ресурсов состояний в ЭП.	3. Оценка состояния участников терапевтической группы. Обсуждение	
		4. Основные этапы аллитологического консультирования	
		5. Обратная связь от клиентов. Оценка невербальных реакций и признаков конструктивной динамики статуса клиентов. Проведение разговора с преобладающей техникой «креативного штурма» на активизацию творческих способностей курсантов. Выбор клиента из группы курсантов.	
		6. Сообщение докладов, презентации	
		7. Психология развития. Понятие возрастных кризисов	
		8. Аллитологическое консультирование	
		9. Основные этапы аллитологического консультирования	
		10. Методы достижения устойчивых ресурсов состояний в ЭП. Акцентированная	
		11. Основы проведения диагностики в режиме	
		12. Сообщение равновесия	
11.		Блок «Психотехнологическое оформление метафорического и игрового пространства в ЭП»	
11.1	Зачётная практика клиентской терапии в группе курсантов с акцентом на формирование устойчивых ресурсов состояний, супервизорской поддержкой преподавателя	5. Методы обучения и преподавания	Оценка состояния участников терапевтической группы. Обсуждение состояний клиентов предыдущих учебных терапевтических сессий. Обратная связь от клиентов. Оценка невербальных реакций и признаков конструктивной динамики статуса клиентов. Проведение разговора с преобладающей техникой «креативного штурма» на активизацию творческих способностей курсантов. Выбор клиента из группы курсантов.
		6. Оценка знаний	
		Базисный, итоговый, контрольный	
		ЭП. Супервизорская поддержка в режиме	
		стоп-кадров (диагностическая, терапевтическая)	

Знания слушателей оцениваются отметкой «зачтено».

Работа в клинических отделениях РНПЦ МСПН. Стационарные отделения психиатрического, наркологического, психосоматического, терапевтического профиля, организации ПМСП (поликлиники, дневные стационары, СВА, амбулаторные отделения диспансеров, больницы), амбулаторные отделения, отделения функциональной диагностики, клинические лаборатории, контрольный материал

8. Список рекомендуемой литературы

Основная литература:

1. Катков А.Л. Наркологическое консультирование на этапах медико-социальной реабилитации зависимых от опиоидов // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 4. – С. 7-11.
2. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Особенности формирования патологического влечения к азартным играм // *Российский психотерапевтический журнал*. – 2008. – № 3. – С. 24-28.
3. Скокаукас Н., Саткявичуте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм // *Психиатрия. Научно-практический журнал*. – 2004. – № 3. – С. 59-65.
4. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Распространенность расстройств влечений в городской популяции // *Сборник научных трудов под ред. Ю.А. Александровского*. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001. – С. 95-105.
5. Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ (том 1, 2, 3, 4). – Павлодар, 2004.
6. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
7. Бурно М. Клиническая психотерапия. – М.: Академический проект, 2000. – 718 с.
8. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер, 1998. – 743 с.
9. Карвасарский Б.Д. Учебник Психотерапия. – СПб.: Питер, 2000. – 536 с.
10. Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Карвасарского Б.Д. – СПб.: Питер, 1999. – 447 с.
11. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003. – 267 с.
12. Катков А.Л. Полиmodalная экспресс-психотерапия // *Профессиональная психотерапевтическая газета*. – М., 2011. – № 11 (107). – С. 18.
13. Катков А.Л. О стратегии стресс-серфинга в полиmodalной экспресс-психотерапии // *Ж. Психотерапия*. – М., 2011. – № 10, спец. выпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация», 7-9.10.2011 г., Россия, г. Москва. – С. 11-12.
14. Катков А.Л. О подготовке сертифицированных специалистов-психотерапевтов по курсу экспресс-психотерапии // *Ж. Психотерапия*. – М., 2011. – № 10, спец. выпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация», 7-9.10.2011 г., Россия, г. Москва. – С. 12-13.
15. Катков А.Л. Макротехнологическая структура полиmodalной экспресс-психотерапии // *Ж. Психотерапия*. – М., 2011. – № 10, спец. выпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация», 7-9.10.2011 г., Россия, г. Москва. – С. 13-14.
16. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия // *Ж. Психотерапия*. – М., 2011. – № 10, спец. выпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация», 7-9.10.2011 г., Россия, г. Москва. – С. 63-69.

Дополнительная литература:

1. Берн Э. Групповая психотерапия // *Академический проект*. – М., 2000. – 423 с.
 2. Берн Э. Лидер и группа. О структуре и динамике организаций и групп. – Екатеринбург, 2000. – 317 с.
 3. Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимых от психоактивных веществ (том 1, 2, 3). – Павлодар, 2003.
 4. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков (Российско-голландский проект): Методическое руководство. – Павлодар, 2004.
 5. Аманова Ж.Ш., Юсупов О.Г. Социально-психологические тренинги в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации (всего – 6). – Павлодар, 2003.
 6. Лазерный диск с презентациями лекционных и практических занятий образовательного курса.
 7. Белокрылов Н.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных / В кн.: *Руководство по наркологии* // под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2002. – Т. 2. – С. 120-172.
 8. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). – Москва, 2002. – 105 с.
 9. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ / В кн.: *Лекции по наркологии под ред. проф. Иванца Н.Н.* – М.: «Нолидж», 2000. – С. 309-341.
 10. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии, больных алкоголизмом. В кн.: *Лекции по клинической наркологии под ред. Н.Н. Иванца*. – М.: Российский благотворительный фонд «НАН», 2000. – С. 191-206.
-
-

-
-
11. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. *Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ.* – Литера, 2000. – М.: 2002. – 254 с.
 12. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. *Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации.* – М., 2001. – 38 с.
 13. Егоров А.Ю. *Возрастная наркология.* – СПб: «Дидактика Плюс». – М.: «Институт общегуманитарных исследований», 2002. – 266 с.
 14. Желдак И. *Практикум по групповой психотерапии.* – М., 2001. – 240 с.
 15. Катков А.Л., Титова В.В. *Интегративно-развивающая двухуровневая психотерапия наркозависимых.* – Павлодар, 2002. – 31 с.
 16. Кори Д. *Теория и практика группового консультирования.* – М., 2003. – 640 с.
 17. Кочунас Р. *Психотерапевтические группы: теория и практика // Академический проект.* – М., 2000. – 238 с.
 18. Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е. *Наркологический энциклопедический словарь. Часть 2. Алкоголизм.* – Анахарсис, 2001. – 190 с.
 19. Москаленко В. *Созависимость при алкоголизме и наркомании.* – М., 2002. – 112 с.
 20. Рожнов В.Е. *Руководство по психотерапии // Медицина УзССР.* – Ташкент, 1979. – 636 с.
 21. Ромек Е.А. *Социальный статус психотерапии: Становление, функция, концептуально-методологические основания: Автор. дисс. док. филос. наук.* – Ростов-на-Дону: Ростовский государственный университет, 2003.
 22. Рудестам К. *Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ.* – М.: 1990. – 361 с.
 23. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. *Профилактика наркомании у подростков. От теории к практике.* – М., 2001. – 215 с.
 24. Сосланд А.И. *Фундаментальная структура психотерапевтического метода или как создать свою школу в психотерапии.* – М.: Логос, 1999. – 367 с.
 25. Столова А.Е. *Основные тенденции развития личностно-ориентированной психотерапии в России в конце XVIII – начале XIX веков: дисс. канд. мед. наук.* – Л.: инст. Им. В.М.Бехтерева, 1987.
 26. Уильямс Э. *Вы – супервизор. Шести-фокусная модель, роли и техники супервизии.* – М.: «Класс», 2001. – 276 с.
 27. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. *Базисное руководство по психотерапии, пер. с нем.. – 3-е переработанное издание.* – Санкт-Петербург: издательство «Речь», 2001. – С. 783.
 28. Ховкинс П., Шохет Р. *Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы.* – Санкт-Петербург: «Речь», 2002. – 351 с.
 29. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. *Реабилитация наркологических больных: концепция, программа.* – Анахарсис, 2001. – 48 с.
 30. Эриксон Э. *Идентичность: юность и кризис.* – М.: «Прогресс», 1996. – 340 с.
 31. Эриксон Эрик Г. *Детство и общество.* – Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», Санкт-Петербург, 1996. – 589 с.
 32. Доморацкий В.А. *Краткосрочные методы психотерапии // Ж. Психотерапия.* – Москва, 2008. – 300 с.
 33. Нардонэ Дж., Вацлавик П. *Искусство быстрых изменений.* – Москва: из-во Института психотерапии, 2008. – 189 с.
 34. Нардонэ Дж., Сальвини А. *Магическая коммуникация.* – Москва: Рид Групп, 2011. – 158 с.
 35. Гулдинг М.М., Гулдинг Р.Л. *Психотерапия нового решения.* – Москва: Независимая фирма «Класс», 1997. – 276 с.
 36. Блазер А., Хайм Э., Рингер Х., Томмен М. *Проблемно-ориентированная психотерапия.* – Москва: Класс, 1998. – 265 с.
 37. Ермошин А. *Вещи в теле.* – Москва: Класс, 2004. – 316 с.
 38. Фитцджеральд Р. *Эклектическая психотерапия.* – Питер, 2001. – 320 с.
 39. Гарфилд С. *Практика краткосрочной психотерапии.* – Питер, 2002. – 255 с.
 40. Кейд Б., О'Хэплон В.Х. *Краткосрочная психотерапия.* – Москва, 2001. – 233 с.
 41. Лазарус А. *Краткосрочная мультимодальная психотерапия.* – СПб.: Речь, 2001. – 255 с.
 42. Шпаррер П. *Введение в ориентированный на решение подход и системные структурные расстановки.* – Москва: Институт консультирования и системных решений, 2011. – 160 с.
-
-

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

А.Б. Кенжалиева	врач-психиатр Медицинский центр проблем психического здоровья, г. Астана (РК)
О.М. Шамарданова	врач-психиатр, ассистент кафедры психиатрии, АО «Медицинский университет Астаны», г. Астана (РК)
Г.Р. Мукашева	врач-психиатр, ассистент кафедры психиатрии, АО «Медицинский университет Астаны», г. Астана (РК)

Введение

Одной из главных проблем современной психиатрии, по-прежнему, остаётся предотвращение суицидального поведения среди пациентов с эндогенной патологией. Иными словами, в эпоху социальной направленности психиатрии, когда во главу угла ставится повышение качества жизни больных, продолжает оставаться актуальной борьба за их жизни [1].

Статистические данные свидетельствуют об этом с плачевным постоянством. В 1964 г. Л.Я. Гусев установил, что самоубийства и несчастные случаи как причина смерти у больных шизофренией наблюдаются в два раза чаще, чем в общей популяции. Частота встречаемости шизофрении среди суицидентов с психической патологией, по данным В.А. Антохина (1977), составляет от 10% до 40%. По данным Н.И. Фелинской и В.Е. Пелипаса (1971), среди психически больных суицидентов лица, больные шизофренией, составляют 8,6%, по данным Т.А. Пихкаапсн (1979) – 9,2%. Исследования зарубежных авторов свидетельствуют о том, что в 2,5% случаев психически больные умирают в психиатрических больницах от самоубийства, из них 43% больны шизофренией (Allebeck P., Wistedt B., 1987). П.М. Попов (1984) указывает на то, что внутри шизофрении суицидальное поведение (попытки и завершённые суициды) встречаются от 2,3% до 55% случаев. Большинство авторов считают, что на один завершённый суицид при шизофрении приходится 8-10 суицидальных попыток, и частота самоубийств заметно увеличивается среди больных шизофренией, имевших в анамнезе суицидальные попытки. Это подтверждают исследования А. Маркина (1970); А.Г. Амбрумовой (1971); Н. Jonsson (1986) [3, 4].

Ю.И. Полищук (1993) на основании клинического анализа так называемых «непатологических ситуационных реакций» пришёл к выводу, что у суицидентов, отнесённых к числу здоровых лиц, в действительности имеют место патологические формы дезадаптации личности на уровне предболезненных состояний с их переходом в течение короткого вре-

мени на клинический уровень, что приближает долю психически больных среди суицидентов к 100%.

Проведённое в 2000 г. сплошное исследование лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в отделения реанимации НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (г. Москва), показало наличие у всех пострадавших психической патологии, возникшей задолго до совершения суицида (Остроглазов В.Г., Лисина М.А., 2000).

По данным Emborg C. (1999); Appleby L. (2000); Runeson B.S. et al. (2003); Hoyer E.H. et al. (2000, 2004) психические расстройства у суицидентов выявляются от 30% до 90% случаев.

Согласно данным Агентства по статистике Республики Казахстан, в 2010 году зафиксировано 3617 случаев суицида (22,2 случая на 100 тыс. населения), из них 1286 случаев суицида зафиксировано среди детей и молодежи в возрасте до 29 лет (15,2 случая на 100 тыс. человек данной возрастной категории).

Таким образом, актуальность данной проблемы очевидна и подкрепляется отсутствием разветвлённой системы суицидологической службы, тесно взаимодействующей с клиническими и социальными службами.

В свою очередь вклад клинической сферы может определяться ранним выявлением суицидального поведения в рамках третичной профилактики эндогенной патологии непосредственно в стационаре.

Чаще всего, суицидальное поведение в психиатрическом диспансере выявляется у пациентов с шизофренией в рамках конкретных психопатологических синдромов.

Данные синдромы описаны преимущественно у пациентов с завершёнными суицидами.

Гораздо реже в литературе встречаются описания случаев с незавершёнными суицидами и другими проявлениями аутодеструктивного поведения, которые преобладают в стационарной сети психиатрических больниц.

Цель исследования

Изучение демографических и клинико-психопатологических характеристик пациентов с незавер-

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СФЕРЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (на примере отдельной медицинской организации)

С.К. Макубаева

участковый психиатр - нарколог КГКП «Областной детский психоневрологический диспансер», г. Караганда (РК)

Состояние психического здоровья детей и подростков имеет важнейшее значение для обеспечения поддержки устойчивого развития любого общества. В связи с этим актуализируется роль психогигиенических мероприятий среди подрастающего поколения. В таких рамках проясняется и «канва» принципов терапевтической направленности, позволяющих проводить вторичную и третичную профилактику [5].

В настоящее время система организации детской и подростковой службы базируется в основном на количественных индикаторах, имеющих эпидемиологическую направленность. Так, по показателям заболеваемости, болезненности, инвалидизации, укомплектованности профессиональными кадрами судят об уровне психолого-психиатрической помощи восходящего поколения. Вместе с тем, «за скобками» остаются показатели *качества* лечебно-реабилитационного процесса, что недопустимо в отношении данной просоциальной сферы научных и практических знаний [2, 4].

Согласно международных базовых параметров, детская и подростковая психиатрическая служба имеет цели, определяющие «эталонное качество» оказываемой помощи:

– многокомпонентная и разветвлённая структура социально-психиатрической помощи детям и подросткам, включая организацию психиатрической помощи вне специализированных детских лечебно-профилактических учреждений, а именно, школы компенсирующего типа, социальные приюты, Дома ребёнка;

– психическое здоровье и психическое развитие ребёнка с анализом – особенностей его социального функционирования в наиболее значимых сферах жизнедеятельности (семья, обучение, досуг и микросоциальная среда, негативное социальное окружение, связанное с криминализацией, воздействием психоактивных веществ);

– психосоциальное, личностное развитие ребёнка в условиях специализированных социальных структур (приёмные и патронатные семьи, специальные образовательные учреждения для детей с дефектами и расстройствами поведения, социальные учреждения охранно-защитной и реабилитационной направленности, Дома ребёнка, социальные приюты).

Из данных целей, выявляются прикладные задачи:

1) изменение кадровой обеспеченности детско-подростковыми психиатрами в городе и области;

2) отработка модели межведомственного взаимодействия со специалистами системы образования и социальной защиты для внедрения принципов психосоциальной реабилитации детей и подростков;

3) осуществление поддерживающей помощи родителям или лицам их заменяющим в семьях, имеющих психически больного ребенка;

4) участие детских психиатров в деятельности медико-психолого-педагогических комиссий с адекватным практическим решением диагностических, социальных, учебно-коррекционных и лечебно-реабилитационных вопросов [3].

Осуществление данных задач становится возможным при исходной оценке удовлетворенности и ожиданий потребителей медико-социальных услуг в области детской психиатрии – детей и их родителей [1].

Метод анкетирования регулярно применяется в планировании работы службы качества Областного детского психоневрологического диспансера в городе Караганда (ОДПНД).

Методы исследования

В 2010 году проведено анкетирование родителей, которое позволило получить прозрачные, измеряемые и регулируемые индикаторы качества лечебно-диагностического процесса в отдельно взятом учреждении.

Анкетный опрос прошли родители, чьи дети получали лечение в Областном детском психоневрологическом диспансере (ОДПНД) (г. Караганда) с января по ноябрь 2010 года. В дальнейшем анализе были подвергнуты 55 анкет.

Результаты и их обсуждение

Анкета состояла из 32 структурированных вопросов, которые касались:

- 1) сферы родительско-детских отношений;
- 2) особенностей настоящей госпитализации;
- 3) оценки работы медицинского персонала;
- 4) предложений по улучшению качества оказываемых услуг.

Из предложенных вариантов ответов родители выбирали наиболее подходящий, а также имели возможность указывать собственные замечания и дополнения по каждому вопросу.

По демографическим характеристикам группа из 55 человек разделилась следующим образом (рисунки 1, 2).

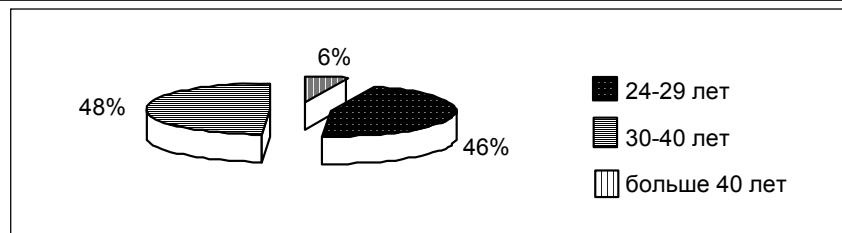


Рисунок 1. Возрастная структура участников группы (n=55)



Рисунок 2. Структура участников анкетирования по образованию

Большая часть участников анкетирования обращалась за медицинской помощью в учреждение впервые – 33 чел. (66%), повторно – 22 чел. (34%).

Родителям было предложено определить основные жалобы ребёнка. Из предложенных ответов родители выбирали чаще всего неспецифичные жалобы (головная боль) – 27,3%, либо ссылались на другие симптомы без их детализации – 72,7%.

Следующая батарея вопросов касалась характеристик системы «Ребёнок – Родитель».

Сначала родителю предлагалось качественно определить свободное время ребёнка (рисунок 3).

Конструктивная активность наблюдалась в 22% случаев. При этом обращало на себя внимание, что в 7% случаев родители не имели представление об активности своих детей.

Затем оценивалось время, которое выделялось родителями на своего ребёнка. Менее 1 часа со своим ребёнком проводили 10% родителей, а более 5 часов – 12,5% опрошенных.

При этом взаимное недовольство ребёнком возникало ежедневно – в 17,1% случаев, несколько раз в неделю – 11,4%, редко – 7,1%. Успехи своего ребёнка не замечали 18,1% родителей, а даже незначительные успехи своих детей поощряли только 28,2% опрошиваемых. Желания своего ребёнка понимали только 20% опрошиваемых.

Следующий блок вопросов касался оценки медицинской помощи, оказываемой в ОДПНД.

Родителям предлагалось определить тех, кто должен решать психологические проблемы их детей (можно было выбирать несколько вариантов ответов) (рисунок 4).

Из данных, представленных на рисунке 4, видно, что преобладающим видом помощи должна быть врачебная (непосредственно психиатрическая) – 45,8%, психолого-педагогическая занимает небольшую долю – 32,8%. Наименьший удельный вес родители выделяют самостоятельной активности – 10%.

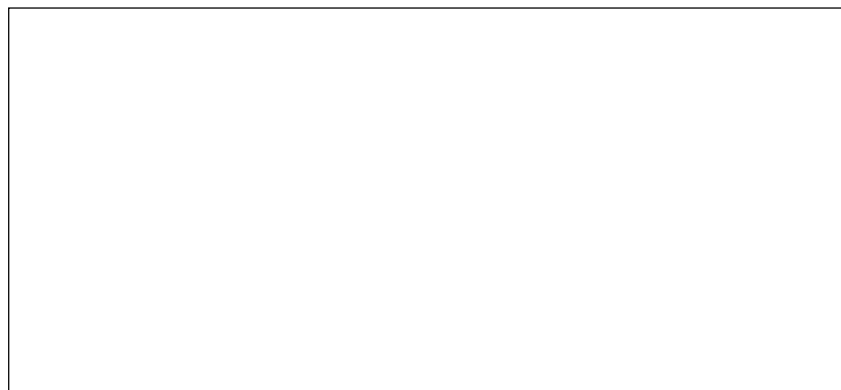


Рисунок 3. Структура свободного времени детей, по мнению родителей, участвующих в анкетировании

Рисунок 4. Лица, оказывающие психологическую помощь (ожидания родителей)

В 96% случаев в процессе прохождения лечения родителям даны объяснения по состоянию детей. Улучшение состояния ребёнка заметили 84% опрошенных лиц. Между тем режим, обучение и лечение устраивало 76% родителей. В 100% случаев ро-

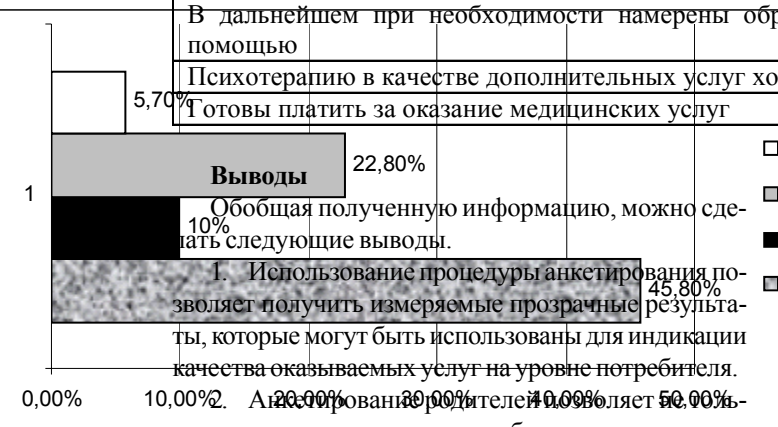
дители предугадывали влияние рекомендаций специалистов на взаимоотношения их с детьми.

Затем родители оценивали организацию оказания медицинской помощи в данном учреждении. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели удовлетворенности качеством организации медицинских услуг

Показатель удовлетворенности качеством организации медицинской помощи	Количество ответов
Оформление документов на госпитализацию в течение 3 дней	96%
Полностью удовлетворены работой участковых и стационарных врачей	100%
Жалобы на грубое обращение со стороны медперсонала и плохое питание	16%
Полностью доверяют назначениям врача	76%
Дружелюбное отношение персонала к ребёнку отметили	84%
В дальнейшем при необходимости намерены обращаться за медицинской помощью	100%
Психотерапию в качестве дополнительных услуг хотели бы получить	24%
Готовы платить за оказание медицинских услуг	0%



2. Анкетирование родителей позволяет определить состояние лечебного процесса, но и расширять оказываемые услуги в сторону социальной направленности.

3. Ожидания родителей чаще всего сводятся к интенсификации клинического лечения их детей, между тем как участие самих родителей в воспитании и реабилитации детей в самооценке оказалось недостаточным.

4. При целостной удовлетворенности качеством оказываемых услуг, имеются замечания по отдельным характеристикам организации лечебного процесса.

5. В ходе анкетирования определились лечебные мишени в сфере родительско-детских отношений, которые должны быть учтены при планировании оказания медицинских услуг в учреждении.

родители предугадывали влияние рекомендаций специалистов на взаимоотношения их с детьми.

Затем родители оценивали организацию оказания медицинской помощи в данном учреждении. Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Список использованной литературы:

1. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии. – М.: Просвещение, 1992. – 250 с.
2. Детская психиатрия. Учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб: Питер, 2005. – 1120 с.
3. Коломинский Я.Л. Культурно-психологические аспекты взаимодействия врача и психолога // II международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Минск, 3-6 ноября 2003 года. – С. 5-9.
4. Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В., Раевская Л.Г. Стратегия социальной детской психиатрии: международный опыт, организационные и клинические направления помощи // Всероссийская конференция «Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии», Волгоград, 24-26 апреля 2007 года. – С. 10-12.
5. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Клиническая оценка детской психической патологии в современных классификациях // Социальная и клиническая психиатрия. – С. 29-34.

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

З.У. Мурсакина

врач-психиатр, заведующая отделением № 3 Медицинского центра проблем психического здоровья, г. Астана (РК)

Введение. Теоретические аспекты

В психиатрической службе одним из основополагающих аспектов является оказание своевременной адекватной медицинской помощи, что в свою очередь предполагает профилактику осложнений как самих заболеваний, так и процесса терапии.

Для выстраивания мероприятий в данном направлении необходимо учитывать сущность курируемой патологии, в том числе на синдромальном уровне. Таким образом, от клинициста требуется не только диагностическая оценка текущего состояния пациента и назначение лечения, но и определение прогноза состояния на ближайший и отдаленный период. Индикаторное значение для антиципации динамических характеристик заболевания и чувствительности к терапии имеет группа поведенческих расстройств, объединяемых термином «агрессия» [1, 3].

Агрессия – нападение, наступление с целью насильственных действий. К ним относят сильные физические, словесные или символические действия, причиняющие ущерб другим или себе (аутоагрессия) (Косырев В.Н., 2003).

Агрессия (лат. aggressio) – использование физической силы и/или психологического насилия в собственных интересах и в ущерб потребностям других людей, общества, живых существ и, следовательно, жизни в целом и её дальнейшему поступательному развитию. В психологии более распространено следующее определение агрессии – это любая форма поведения, нацеленная на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения (Бэрон, Ричардсон, 1997).

В современной психологии до сих пор не существует однозначной трактовки такого многогранного феномена, как агрессия. В то время как одни исследователи рассматривают агрессию как важную характеристику поведения индивида, направленную на преодоление препятствий, в качестве которых могут выступать как внешние предметы, события, люди, так и собственные психические особенности, акцентируя внимание на адаптационном аспекте агрессивных проявлений; другие рассматривают её как исключительно деструктивное явление, говоря об агрессивности как об устойчивом свойстве субъекта, отражающем его врожденно-биологические или социально-приобретенные особенности. В этой связи выделяют ауто- и гетероагрессию, темпераментную и характерологическую, конкретно ситуационную или личностную агрессивность [4].

В антропологической модели агрессия (Дерягина М.А., Бутовская М.Л., 1990) понимается как постепенное разворачивание трёх этапов: агрессивно-предупредительного (пристальный взгляд, полуоскал, напряжение мышц, принятие видоспецифических амбивалентных поз защиты и нападения), агрессивно-конфликтного (увеличение амплитуды движений, уменьшение индивидуального расстояния, вокальные демонстрации) и агрессивно-контактного (удар, бросок, укус, драка) [5].

По структуре этиологического компонента существования агрессии принято выделять её мотивационную и инструментальную формы:

- 1) мотивационная агрессия как самоценность;
- 2) инструментальная агрессия как средство (подразумеваемая при этом, что и та и другая могут проявляться как под контролем сознания, так и вне его и быть ассоциированы с эмоциональными переживаниями – гневом, враждебностью) [2, 3].

Согласно практическим рекомендациям А. Баса и А. Дарки принято выделять следующие формы агрессии:

1. *Физическая агрессия (нападение)* – использование физической силы против другого лица. Исключается лишь уничтожение неодушевленных предметов.

2. *Вербальная агрессия* – выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных ответов (угроза, проклятия, ругань).

3. *Косвенная агрессия* – агрессия, которая окольным путем направлена на другое лицо (злые сплетни, шутки), и агрессия без направленности (неупорядоченных взрывов ярости, проявляющихся в крике, битье кулаками по столу, топание ногами). Это могут быть сплетни, шутки, взрывы ярости. Последнее – эти взрывы характеризуются неупорядоченностью.

4. *Негативизм* – оппозиционная форма поведения, направленная обычно против авторитетных личностей или руководства; это поведение в границах от пассивного сопротивления до активной борьбы, против устоявшихся традиций, против требований, правил или законов.

5. *Склонность к раздражению* – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость, брюзжание, обидчивость, резкость).

6. *Подозрительность* – склонность к недоверию и осторожности по отношению к людям, осно-

ванные на убеждении в том, что окружающие намерены причинить вред.

7. *Обида* – проявления зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством горечи, гнева, недовольства кем-то именно или всем миром за действительные или мнимые страдания.

8. *Чувство вины или аутоагрессия* – убеждение обследуемого в том, что он является плохим человеком, поступает нехорошо, вредно, злобно или бессовестно (наличие у него угрызений совести).

Применительно к психиатрическим больным агрессивное поведение является довольно распространённым феноменом. При этом эмпирически можно ожидать различные формы деструктивного поведения. Так, согласно данным Selim M. El-Badri, Graham Mellso (2000), 15% пациентов острых психиатрических стационаров были вовлечены в инциденты с проявлениями агрессии. У 55% из них отмечались случаи применения насилия в анамнезе, а у 68% - злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) в анамнезе. Большинство инцидентов происходили в первые дни после поступления в отделение, и в большинстве случаев агрессия была направлена против персонала.

Голенков А.В., Седов А.А. приводят такие цифры: частота агрессивного поведения, с которым сталкиваются медицинские работники психиатрического стационара – 45,1%, частота нападений на персонал – от 5 до 61 в год; без телесных повреждений – в среднем 71% инцидентов, в основном с лёгкими телесными повреждениями – 29% [4].

По данным зарубежной литературы, частота инцидентов насилия за 100 дней госпитализации – 0,6% для случаев физической агрессии и 1,83% – для других проявлений агрессивного поведения, включая вербальную агрессию, 38% инцидентов произошли в первые 7 дней госпитализации [6]. Несомненен тот факт, что движущим агентом агрессивного поведения у психиатрических больных

является актуальный психопатологический синдром. К примеру, состояния расстроенного сознания с полной дезорганизацией поведения при сохранности моторных функций – сумеречные расстройства сознания – являются наиболее опасными синдромами; наименее опасными являются астенические проявления. Умеренную опасность представляют галлюцинаторно-бредовые, бредовые, аффективные и психопатоподобные синдромы. Наряду с этим, в реализации агрессии при всех упомянутых психопатологических синдромах, кроме расстройств сознания, значительную роль играют преморбидные личностные установки больного. В одних случаях они приводят к лёгкому возникновению агрессивно-насильственного поведения, зачастую даже к повторным, однотипным агрессивным действиям; в других – препятствуют таким поступкам.

По сути, весь комплекс феномена «внутрибольничной агрессии» складывается из психопатологических и личностных образований (рисунок 1).

Таким образом, можно определить агрессию как сложный поведенческий паттерн, который несет в себе гетерогенные черты и обусловлен комплексом предрасполагающих и провоцирующих факторов. В условиях психиатрических стационаров агрессия психических больных претерпевает определенные изменения и проявляется особыми чертами.

Цель исследования – определение психопатологического профиля агрессивного поведения больных психиатрического стационара.

Методы исследования

Для проведения исследования использовался клиничко-психопатологический и клиничко-психологический методы, а также привлекались элементы описательной статистики в пакете программы Excel

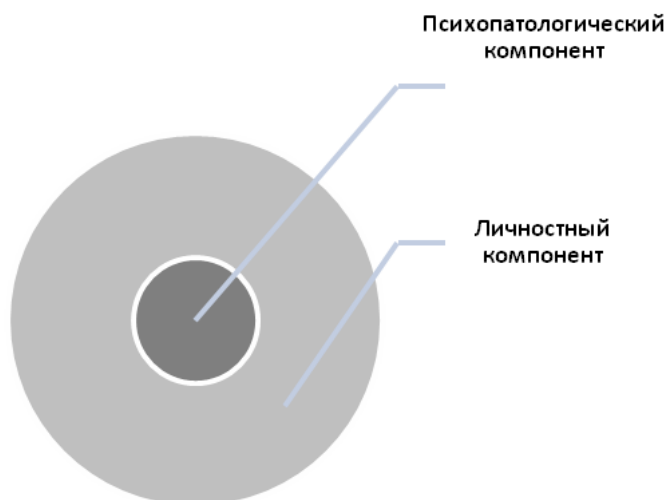


Рисунок 1. Патогенетическая структура внутрибольничной агрессии

2007. Исследование строилось по типу одномоментного среза, проводившегося на протяжении полугода. Сбор материала проводился на основе медицинской документации и дополнительного опроса пациентов.

Материалы исследования и их обсуждение

Общее число анализируемых случаев составило 115. Из данной общей группы выделены случаи, в которых были даны документальные указания на случаи агрессии в пределах психиатрического отделения. Исследование проводилось в отделении первичных психозов. Пациенты данного отделения проходили лечение по поводу психотических расстройств с манифестацией либо повторными эскалациями симптоматики (не более трёх обострений). Таким образом, преобладающее большинство «свежих» случаев косвенно позволило судить об агрессивности в рамках собственно продуктивных психопатологических синдромов, либо в рамках процессуально относительно малоизмененной личности.

Исследуемая группа была представлена мужчинами в 100% случаев. Средний возраст группы составил 29,6 года. Продолжительность заболевания колебалась в пределах 0,5-4,1 года, составив в среднем 1,96±1,2 года.

Таким образом, можно судить об относительно малой продолжительности той или иной патологии в анализируемой группе.

Из 115 анализируемых случаев, те или иные признаки агрессии были выявлены в 74 случаях (64,3%). Данная подгруппа представляла интерес для исследования.

По нозологической структуре анализируемая подгруппа разделилась следующим образом. Большую часть составили пациенты с бредовыми (43,2%) и эмоциональными расстройствами (24,4%), что возможно объясняется спецификой психиатрического отделения. Органические расстройства составили 21,6%, личностные – 10,8% (рисунок 2).

Рисунок 2. Нозологическая структура анализируемой подгруппы (n=74) согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10)

Клинико-психопатологическая структура определялась по ведущему синдрому в нозологических подгруппах. Выделение и формулирование синдромов проводилось описательным путем в рамках клинико-психопатологического метода, путем суммирования симптомов психопатологического статуса на момент госпитализации.

Таким образом, в рамках каждой вышеуказанной нозологической группы выявлены следующие синдромы.

Пациенты с *органическими расстройствами* (рубрика F 00-09 по МКБ-10) обнаруживали симптомы следующих синдромов:

- психопатоподобного – 8 (50%);
- аффективного – 5 (31,3%);
- бредового – 3 (18,7%).

Пациенты с *шизофренией* (рубрики F 20-29 по МКБ-10) обнаруживали:

- а) психопатоподобный – 9 (28,1%);
- б) бредовый – 8 (25%);
- в) галлюцинаторно-бредовый – 11 (34,4%);
- г) аффективный – 4 (12,5%) синдромы.

Аффективные расстройства (рубрики F 30-39 по МКБ-10) объединяли в себе следующие синдромы:

- 1) тревожно-депрессивный – 6 (33,4%);
- 2) депрессивно-бредовый – 7 (38,9);
- 3) депрессивно-ипохондрический – 5 (27,7%).

В группе пациентов с *расстройствами зрелой личности* (рубрики F 60-69 по МКБ-10) преобладали:

- дисфорический – 5 (62,5%);
- циклотимический – 1 (12,5%);
- дистимический – 2 (25%) синдромы.

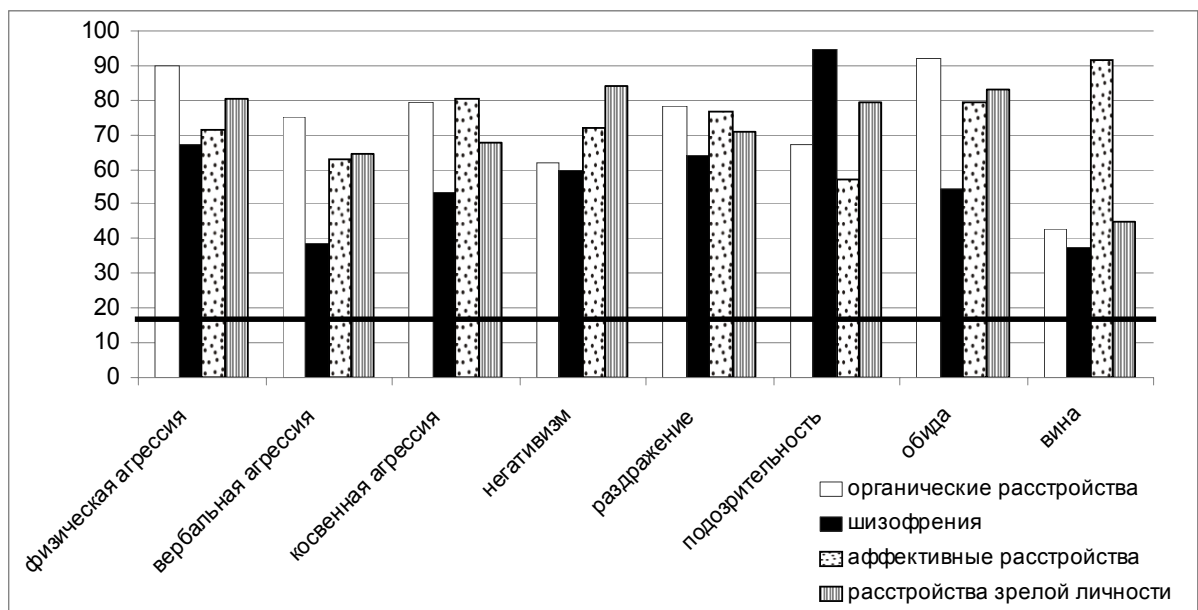
После определения синдромальной структуры в каждой из указанных нозологических подгрупп проводилось определение психологического типа агрессивного поведения с помощью опросника Баса-Дарки (Рисунок 3).

На рисунке 3 приведены средние баллы по каждой из шкал с учетом поправочных коэффициентов.

Согласно данным на рисунке 3, каждая нозологическая подгруппа составлена всеми формами агрессии, которые распределены почти равномерно и превышают пороговую норму. Кроме того, для каждой нозологии определяется собственный профиль форм агрессии, то есть перечень тех шкал, по которым выявляются наиболее высокие показатели.

Рассматривая подгруппы по суммирующим индексам, можно также определить их превышение по максимальному пороговому значению (рисунок 4).

Органические и аффективные расстройства отличаются равномерным повышением обоих индексов – агрессивности и враждебности. Шизофрения и расстройства зрелой личности выделяются превышением по враждебности, что свидетельствует



Обозначения: шкала абсцисс – формы агрессии,
шкала ординат – средний балл с учётом поправочных коэффициентов

Рисунок 3. Структура форм агрессии в нозологических подгруппах (опросник Баса-Дарки)

Таблица 1

Профиль агрессии в пределах отдельных нозологических подгрупп

Нозологическая подгруппа	Формы агрессии
Органические расстройства	Обида, физическая и косвенная агрессия, раздражение
Шизофрения	Подозрительность, физическая агрессия
Аффективные расстройства	Вина, косвенная агрессия, раздражение
Расстройства зрелой личности	Обида, физическая агрессия, подозрительность

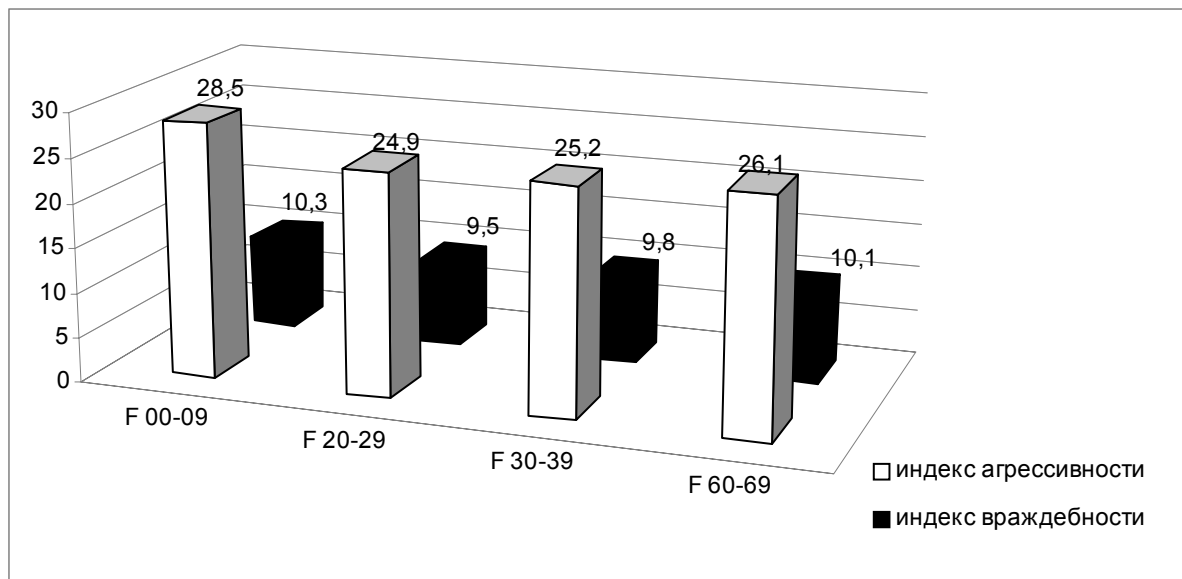


Рисунок 4. Распределение анализируемой группы по индексам (индекс агрессии, индекс враждебности)

больше о мотивационной агрессии в данных подгруппах. Этот факт должен быть учтён при верификации риска возникновения деструктивного поведения и как следствие выстраивания превентивных мероприятий.

Выводы

1. При анализе вопроса агрессивности психических больных, необходимо проводить его в двух аспектах:

- агрессии в рамках социальной активности пациентов – вне стационара;
- агрессии в рамках стационарного звена, иными словами во время обострений заболевания и в рамках актуализации основных психопродуктивных синдромов.

2. В психиатрических стационарах чаще всего встречается актуализация психопатологического «ядра» агрессии в основных нозологических группах (F 00-09, F 20-39, F 60-69).

Список использованной литературы

1. Берсенева Ю.А. Внутрибольничное агрессивное поведение психически больных (аналитический обзор). Сообщение 1 // *Российский психиатрический журнал*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – № 5. – С. 17-22.
2. Берсенева Ю.А. Прогнозирование внутрибольничного агрессивного поведения психически больных (научный обзор). Сообщение 2 // *Российский психиатрический журнал*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – № 6. – С. 4-11.
3. Берсенева Ю.А. Клинико-психопатологическая структура психически больных с внутрибольничной агрессией // *Российский психиатрический журнал*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – № 2. – С. 31-34.
4. Голенков А.В., Седова А.А. Агрессивное поведение: результаты наблюдения и опроса персонала // *Медицинская сестра*. – 2011; 7: 7-10.
5. Самедов А.А., Эльдарова Н.Н., Гасан-заде Л.А. Агрессия при расстройствах личности // *Псих. расстройства в общей медицине*. – 2012. – № 3.
6. Abderhalden C., Needham I., Dassen T. et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland // *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*. – 2007; 4 (3): 30.

3. По интенсивности и разнообразию форм агрессии лидируют органические и личностные расстройства.

4. Эндогенные нарушения чаще проявляются в потенциальной форме деструктивного поведения (мотивационная агрессия) и подчиняются аффективным наслоениям и бредовым фабулам.

5. Данные особенности должны быть учтены при выстраивании лечебных и профилактических мероприятий, в том числе преимущественно на уровне внестационарного звена психиатрической медицинской помощи. Так, например, на диагностическом этапе важно не просто формулирование психопатологического синдрома, но и определение его деструктивного потенциала. При этом клиницистам необходимо рассматривать агрессию не только как симптом нарушения поведения, но и как важный прогностический фактор, слагаемый из нарушений всех составляющих психической сферы (перцепция, когниции, эмоции, волевые процессы).

УДК 616.89-316.6

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАКРОСТРУКТУРЫ. ГРУППЫ И ЭТАПЫ СЕКТОРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СИСТЕМЕ МИНИСТЕРСТВА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ

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. Павлодар (Казахстан)

Введение

В рамках реализации исследовательского фрагмента общего проекта ЮНОДК («Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии») по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины нами проводился анализ макроструктуры Национальной системы наркологической помощи (НП), а также исследовались характеристики охватываемых групп и этапов НП, представленных в секторе государственной наркологической помощи, оказываемой в системе Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины.

Ниже приводятся данные, полученные по настоящему исследовательскому фрагменту, которые могут быть полезны для сравнения с аналогичными данными по РК.

Общая характеристика макроструктуры наркологической помощи (НП) включает в себя описание и оценку дифференцированных секторов и этапов НП, функциональная активность которых обеспечивает сложившиеся и наиболее приоритетные направления деятельности в данной сфере. Так, среди дифференцированных секторов НП, оказываемой населению Украины, в соответствии с полученными данными, следует выделить: 1) сектор государственной НП, оказываемой в системе МОЗ Украины; 2) сектор частной НП, оказываемой в системе здравоохранения; 3) сектор НП, оказываемой в системе Государственной пенитенциарной службы Украины; 4) сектор НП, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных службах Украины; 5) сектор НП, оказываемой неправительственными организациями (НПО). Соответственно, в каждом из поименованных секторов реализуется определенный набор этапов НП, общий перечень которых включает: этап первично-профилактической НП; этап первичной НП; этап амбулаторного лечения и реабилитации; этап стационар-

ного лечения и реабилитации; этап противоречивой и поддерживающей терапии.

Каждый из поименованных секторов и этапов наркологической помощи охватывает достаточно специфическую группу населения, имеет определенные структурные, технологические, кадровые и, соответственно, функциональные характеристики, а также более или менее структурированную систему вертикальных и горизонтальных связей с другими секторами и этапами НП, учреждениями и организациями, имеющими опосредованное отношение к сфере профилактики наркозависимости, ВИЧ/СПИДа и сопутствующих заболеваний.

Технический смысл такого рода дифференциации заключается в возможности уточнения и оценки основных индикативных признаков состоятельности системы НП в отношении наиболее приоритетных направлений ее активности, выявления дефицита по каждой из оцениваемых позиций (по дифференциальным секторам НП таких позиций 10, по этапам НП – 9).

Общей целью использования дифференцированного подхода является увеличение охвата нуждающихся (в том числе наиболее уязвимых в отношении рисков ВИЧ-инфицирования) групп населения наиболее востребованными видами наркологической помощи, повышающими эффективность наркологической помощи в сфере противодействия эпидемии наркозависимости, ВИЧ/СПИДа и других сопутствующих заболеваний.

Сектор государственной наркологической помощи, оказываемой в системе МОЗ Украины, охватывает следующие группы населения: 1) лица, употребляющие, злоупотребляющие и зависимые от ПАВ – алкоголя и наркотиков, госпитализируемые в связи с отравлением (передозировкой) алкоголя или наркотиков в токсикологические отделения или центры, в общем количестве до 10 тыс. человек ежегодно (по данным главного токсиколога МОЗ Украины Б.Е. Шеймана). Как правило, эти лица не состоят на

профилактическом или диспансерном учете в наркологических учреждениях и не мотивированы на прохождение дальнейших курсов углубленной диагностики, лечения и реабилитации в системе специализированной наркологической помощи; 2) лица, злоупотребляющие психоактивными веществами (ПАВ) и зависимые от ПАВ – алкоголя, наркотиков – госпитализируемые в многопрофильные клиники, стационарные отделения скорой и неотложной помощи в связи с имеющимися травмами, увечьями, полученными в состоянии алкогольного или наркологического опьянения, либо с обострением неспецифической коморбидной патологии. Данная категория лиц, как правило, не состоит на профилактическом либо диспансерном наркологическом учете, не имеет устойчивой мотивации к прохождению специализированных курсов лечения и реабилитации в наркологических учреждениях. Достоверных статистических сведений о численности данной группы населения нет, однако, как минимум, ежегодное число таких пациентов – не менее чем в предыдущей группе; 3) лица, состоящие на профилактическом или диспансерном учете в специализированных наркологических учреждениях в связи с проблемным потреблением либо со сформированной зависимостью (в том числе наиболее проблемная с точки зрения риска ВИЧ-инфицирования группа ПИН). Данная категория лиц, как правило, обращается в государственные наркологические учреждения под давлением обстоятельств, не имеет устойчивой мотивации на прохождение полноценных курсов медико-социальной реабилитации (МСР), сравнительно быстро (в течение нескольких месяцев после прохождения коротких курсов детоксикации и медикаментозного лечения) возвращается к активному потреблению ПАВ. Общая численность данной группы лиц, согласно информационно-аналитическому обзору за 1990-2010 гг., подготовленному Национальной академией медицинских наук Украины, в 2010 г. составила 910548 человек, из которых 222496 – состояли на профилактическом учете; 607461 – состояли на учете в связи с психическими и поведенческими расстройствами – острыми и хроническими – в результате употребления алкоголя. Другие 80589 человек состояли на учете с диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате употребления наркотических и других токсических веществ; 4) лица, как правило, состо-

ящие на диспансерном учете в наркологических учреждениях в связи с имеющимися у них психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления ПАВ (в основном – наркотиков), получающие специализированную медицинскую помощь в связи с имеющимися у них инфекционными заболеваниями – ВИЧ/СПИДом, туберкулезом; точной информации о численности данной категории лиц не имеется, однако согласно оценочным данным, общее число представителей этой группы должно составлять от 7 до 10 тыс. человек.

Таким образом, наиболее общая и существенная характеристика поименованных групп, охватываемых сектором государственной наркологической помощи, оказываемой в системе МОЗ Украины, заключается в том, что в поле зрения специалистов-медиков эти лица попадают, как правило, под давлением обстоятельств (экстренные или неотложные показания к госпитализации, проблемы с законом, давление родных и близких и пр.). Представители данных групп обычно не мотивированы либо слабо мотивированы на прохождение полноценных курсов лечения и реабилитации в связи с имеющимися у них признаками проблемного употребления или зависимости от ПАВ. Общая численность охваченных таким образом групп может составлять до 1 миллиона человек, или 2,2% населения страны.

В данном секторе номинально представлены все дифференцированные этапы наркологической помощи. Однако по факту, этап первично-профилактической НП – безусловно приоритетный и направленный на полноценное выявление и охват групп повышенного риска по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ эффективными превентивными технологиями – представлен слабо (по данным медицинского мониторингового центра по алкоголю и наркотикам Министерства охраны здоровья Украины, количество подростковых кабинетов наркологической службы, в функции которых входит в том числе и первично-профилактическая деятельность, по состоянию на 2011 г. составило 18; по данным информационно-аналитического обзора Национальной академии медицинских наук Украины, количество кабинетов антиалкогольной и антинаркотической пропаганды в наркологических учреждениях страны по состоянию на 2010 г. составило 17), в основном ориентирован на пассивное выявление – по об-

рашаемости – контингента профилактического учета. Что же касается центров здоровья (в прошлом – центров ЗОЖ), действующих в областных центрах и городах Украины, то их активность ограничивается методическими вопросами в сфере пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ) и разъяснении вреда, получаемого вследствие употребления ПАВ.

Этап первичной наркологической помощи (технологии экстренной помощи при передозировках, отравлениях; детоксикация; технологии наркологического консультирования; мотивационные технологии – информирования, консультирования, терапии) как таковой – организационно не оформлен, реализуется в основном за счет оказания экстренной помощи и детоксикации, проводимых в соответствующих отделениях и центрах многопрофильных больниц, т.е. – наименее специфичных для системы наркологической помощи технологий. Более специфичные – консультативные, мотивационные технологии – используются в многопрофильных учреждениях здравоохранения, программах снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) крайне редко.

Этап амбулаторного лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, представлен, в основном, технологиями краткосрочного медикаментозного лечения абстинентного синдрома и синдрома зависимости.

То же самое можно сказать и об этапе стационарного лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ. Однако оба этих этапа, в отличие от предыдущих, структурно оформлены (т.е. разработаны и утверждены соответствующие стандарты, протоколы и принципы ресурсного обеспечения данного вида НП) и реализуются, по данным медицинского и мониторингового центра по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины, Национальной академии медицинских наук Украины, достаточно активно: всего за 2010 г. в наркологических стационарах пролечено 150773 лиц, зависимых от ПАВ; стационарное и амбулаторное лечение в 2011 г. получили 64592 пациента с наркотической зависимостью, более половины из них – 37043 – получили лечение амбулаторно.

Этап противорецидивной и поддерживающей терапии, понимаемый как реализация специальных реабилитационных программ, с оформлением стандартов и протоколов такого рода помощи, по факту (данные медицинского и мониторингового центра по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины по состоянию на 2011 г.) практически отсутствует. Пациенты, выписанные из стационара и завершившие амбулаторные курсы лечения, какой-либо противорецидивной и поддерживающей терапии или даже элементов сопроводительных программ не получают. Сам по себе факт наркологического диспансерного учета и наблюдения зачастую сводится лишь к выяснению того, в каком статусе пребывает пациент – ремиссии или активного потребления. Это вызывает, в основном, негативную реакцию, как у первой, так и у второй категории лиц.

В связи со всем сказанным следует констатировать, что в рассматриваемом секторе государственной наркологической помощи, оказываемой в системе МОЗ Украины, структурно, организационно и технологически в полной мере оформлены лишь 2 из 5 этапов наркологической помощи – амбулаторного, стационарного лечения и реабилитации лиц с проблемным потреблением и лиц, зависимых от ПАВ – при том, что собственно реабилитационная составляющая последних двух, относительно более состоятельных этапов, реализуется существенно менее интенсивно. Это не может не сказаться самым негативным образом на конечных индикаторах эффективности и качества НП, оказываемой в данном секторе – показателях динамики потребления ПАВ среди восходящего поколения; динамики отравлений и передозировок, в том числе со смертельными исходами; первичной и общей заболеваемости в соотношении с оценочными данными о реальном количестве проблемных и зависимых потребителей ПАВ; данных о длительности и качестве ремиссий у пациентов, завершивших курсы амбулаторного и стационарного лечения в наркологических учреждениях МОЗ Украины; данных о динамике распространения ВИЧ-инфекции и СПИ. Да в популяции наркозависимых лиц и других важных индикаторах качества.

**ИССЛЕДОВАНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ ПРОХОЖДЕНИЯ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Ж.К. Мусабекова	руководитель отдела биостатистики РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)
Л.Р. Камзина	врач-психотерапевт РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)
Г.Ж. Хасенова	врач-психотерапевт Областного наркологического реабилитационного центра, г. Кокшетау (РК)
Н.В. Кумарова	психолог РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)
А.С. Бахтина	психолог РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)
О.М. Ожерельева	психолог Областного наркологического реабилитационного центра, г. Кокшетау (РК)
Г.Т. Давлеталинова	психолог Областного наркологического реабилитационного центра, г. Кокшетау (РК)

В контексте данной статьи изложены некоторые результаты исследования, проведенного в рамках реализации научно-технической программы 2011-2013 гг. «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркозависимости, экстремизма, терроризма, вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромании) в Республике Казахстан». Данное исследование проводилось на клинических базах отделения психотерапии и реабилитации Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар) и отделения психотерапии Областного наркологического реабилитационного центра (г. Кокшетау).

В исследовании участвовали пациенты, с верифицированным диагнозом F10-19.2 по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), проходившие стационарное лечение в условиях медико-социальной реабилитации в упомянутых выше медицинских организациях.

Для изучения эффективности краткосрочной (экспресс) групповой личностно-ориентированной психотерапии (автор подхода д.м.н. Катков А.Л., 2010 г., 2011 г.) и динамики индивидуально-психологических характеристик в процессе лечения применялись клинико-психологический и экспериментально-психологический методы исследования. В соответствии с поставленными задачами нами использовались нижеперечисленные опросники, которые заполнялись респондентами в присутствии одних и тех же лаборантов-психологов. После заполнения вопросников респондентами результаты полученных данных вводились в общую базу данных. Клинико-психологический метод был представлен наблюдением, которое осуществлялось непрерывно при исследовании всех пациентов в процессе груп-

повой психотерапии. Экспериментально-психологический метод включал следующие психологические приемы.

1. Методика «Копинг-тест». Методика «Копинг-тест» (Lazarus R., Folkman S., 1984) предназначена для определения копинг – механизмов в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. Методика состоит из восьми шкал, содержащих 50 утверждений, отражающих способы преодоления трудностей в трех основных сферах психической деятельности – когнитивной, эмоциональной и поведенческой.

2. Опросник SF-36 «SF-36 Health Status Survey». Опросник SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ). Он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена Институтом клиничко-фармакологических исследований (г. Санкт-Петербург, Россия). В опроснике 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни (КЖ).

Социально-демографические признаки групп

Общий объем выборки в исследуемой популяции равен 88 человекам. В контрольную группу вош-

ли 92 человека. Лица, вошедшие в экспериментальную (n=88) и контрольную группы (n=92), были рандомизированы по полу, возрасту, национальности и по полученному образованию. Эти данные представлены в таблицах 1-3.

Результаты клинического и экспериментально-психологического исследований

В психологических исследованиях понятие копинг (coping behaviour) охватывает спектр активности субъекта от неосознанной психологической защиты до целеустремленных способов преодоления проблемных ситуаций. Проблеме совладания со стрессом посвящено множество исследований. Среди них наиболее популярны работы, изучающие ме-

ханизм действия копинг-стратегий (поведенческих стратегий), их связь с копинг-ресурсами (личностными ресурсами) и другими психологическими характеристиками. В этих работах определяются стили совладающего поведения, изучается его влияние на процессы адаптации, самочувствие людей. Установлено, что психическое и физическое самочувствие зависит от выбора копинг-стратегий в момент столкновения с психотравмирующей ситуацией. Использование активных совладающих поведенческих стратегий и относительно низкая восприимчивость к стрессовым ситуациям способствуют улучшению самочувствия. А к его ухудшению и нарастанию негативной симптоматики приводят избегание проблем и применение пассивных стратегий, направ-

Таблица 1

Характеристика лиц, вошедших в экспериментальную и контрольную группы, по гендерным признакам и возрасту

Гендерные признаки и возраст	Экспериментальная группа (n=88)	Значение среднего. Доверительный интервал среднего	Контрольная группа (n=92)	Значение среднего. Доверительный интервал среднего
Мужчины	61 чел.	69,6%±18,8%	65 чел.	68,4%±17,8%
Женщины	27 чел.	30,4%±18,8%	27 чел.	29,3%±19,8%
Средний возраст		35,3 года		34,1 года

Таблица 2

Характеристика лиц, вошедших в экспериментальную и контрольную группы, по национальному составу

Образование	Экспериментальная группа (n=88)	Контрольная группа (n=92)
Национальность	Значение среднего	Значение среднего
Среднее	11,3%	11,2%
Армяне	0,3%	1,0%
Неполное среднее	1,5%	1,1%
Среднее специальное	56,7%	51,2%
Высшее	23,2%	24,1%
Корейцы	2,0%	0,0%
Незаконченное высшее	7,4%	6,2%
Немцы	2%	1,0%
Русские	39,3%	42,4%
Татары	2,8%	3,0%
Уйгуры, дунгане	0,4%	0,4%
Украинцы	2,1%	1,6%
Чеченцы	0,4%	0,4%

Таблица 3

Характеристика лиц, вошедших в экспериментальную и контрольную группы, по полученному образованию

ленных не на разрешение проблемы, а на уменьшение эмоционального напряжения (Nakano K., 1991). Т.А. Виллс исследовал поведенческие копинг-стратегии, которые включают действия, способствующие или не способствующие употреблению психоактивных веществ (ПАВ). Поведение, направленное на избегание контактов с людьми, употребляющими наркотики, облегчает противостояние социальному давлению и уменьшает вероятность наркотизации. Поиск социальной поддержки у лиц, не употребляющих наркотики, способствует прекращению наркотизации. Поведение же, направленное на реализацию поведенческой стратегии «поиск удовольствия», поиск поддержки у наркоманов, способствует усилению наркотизации (Wills T.A., 1985). Ялтонский В.М., исследуя больных наркоманией молодого и зрелого возраста, находящихся на принудительном лечении, установил, что в структуре копинг-поведения копинг-стратегия «избегание» являлась ведущей. Стратегии активного разрешения проблем и поиска социальной поддержки использовались больными наиболее редко. Реализация базисной копинг-стратегии «избегания» осуществлялась психофармакологическим способом и путем интенсивного использования механизмов психологической защиты. Автор рассматривает механизмы психологической защиты как пассивную, по отношению к воздействию на источник стресса, копинг-стратегию, которая активно либо пассивно редуцирует эмоциональный компонент дистресса (Ялтонский В.М., 1995). В контексте вышеизложенного представляется важным определить какие копинг-стратегии предпочтительны клиентам, оказавшимся в зоне проведения исследования.

Уровни напряженности и их показатели:

- низкий уровень напряженности от 0 до 30%;

- средний уровень напряженности от 30% до 60%;
- высокий уровень напряженности от 6% до 100%.

Описание субшкал

1. Конфронтационный копинг – агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определённую степень враждебности и готовности к риску.
2. Дистанцирование – когнитивные усилия для того, чтобы отделиться от ситуации и уменьшить её значимость.
3. Самоконтроль – это усилия по регулированию своих чувств и действий.
4. Поиск социальной поддержки – усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки.
5. Принятие ответственности – признание своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения.
6. Бегство – избегание – мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы.
7. Планирование решения проблемы – произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме.
8. Положительная переоценка – это усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. Включает также религиозное измерение.

Интерпретация результатов копинг-теста

При сравнении данных, полученных при проведении копинг-теста лиц, вошедших в эксперименталь-

Таблица 4

Результаты, полученные при проведении копинг-теста лиц, вошедших в экспериментальную и контрольную группы

ную и контрольную группы по опроснику «Копинг-тест» значимых различий «До – После» выявлено не было. Данные приведены в таблице 4. Однако практический интерес представляет факт того, что наиболее значимыми для химически зависимых клиентов с рисками вовлечения в нехимические аддикции являются такие копинг-стратегии, как «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «планирование решения проблемы». Данные стратегии являются по сути позитивными, то есть направленными на поиск путей решения проблемы, в частности – проблемы совладания с зависимостью. Можно предположить, что пациенты, обращающиеся за медицинской помощью и находящиеся в отделениях медико-социальной реабилитации, имеют достаточно высокий уровень доверия к получаемому виду услуг в государственных медицинских организациях наркологического профиля.

Более того, мы считаем, что данные виды копинг-стратегий пациентов с химическими зависимостями соотносятся с уровнем мотивации на лечение. В целом это вполне соответствует выводам Lazarus и Folkman о том, что «...проблемно-ориентированные копинги связаны с большей эффективностью деятельности и субъективно оцениваются как более эффективные, чем эмоционально-ориентированные копинги» (Lazarus, Folkman, 1984).

Методика оценки качества жизни. Опросник «SF-36 Health Status Survey»

Опросник «SF-36» относится к неспецифическим опросникам, предназначенным для оценки качества жизни (КЖ). Он широко распространён при проведении исследований качества жизни в США и странах Европы. Перевод опросника на русский язык и апробация методики была осуществлена Институтом клинико-фармакологических исследований (г. Санкт-Петербург, Россия).

Опросник состоит из разделов, составленных таким образом, что наиболее высокая оценка (результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам) указывает на лучшее качество жизни.

Количественно оцениваются следующие показатели:

- 1) General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения;
- 2) Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъём по лестнице, переноска тяжестей и т.п.);
- 3) Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности);
- 4) Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное

состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.);

5) Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение);

6) Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома;

7) Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным);

8) Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

При сравнении данных исследования, полученных в контрольной и экспериментальной группах, обнаружено, что на момент начала вхождения в реабилитационное сообщество достоверно значимых различий по опроснику «Качество жизни» выявлено не было. Данные представлены в таблице 5.

Однако на момент выписки пациенты из экспериментальной группы в своих ответах заявляли о более высоком качестве жизни.

Например, при анализе полученных данных установлено, что при поступлении в стационар общий уровень качества жизни по самоотчетам пациентов из контрольной группы составлял 54 балла, в конце лечения этот показатель равнялся 64 баллам, что на 10 баллов выше, тогда как в экспериментальной группе разница в подобных показателях составила 15 баллов. По шкале Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъём по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) выявлено, что пациенты, в целом, оценивают своё физическое самочувствие как достаточно хорошее, что объясняется полученным лечением в отделении медикаментозной коррекции после купирования синдрома абстиненции. Повышение показателя по данной шкале до 89 баллов и 91 балла, соответственно, объяснимо получением лечения сопутствующей соматической патологии в отделении психотерапии и реабилитации.

Показатели по шкале Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности) резко выросли с 41 балла при поступлении до 69 баллов при выписке, то есть на 28 баллов выше, в контрольной группе и с 40 до 73 баллов – в экспериментальной группе, что вполне коррелирует с предыдущей шкалой.

Числовое выражение показателя по шкале Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состоя-

*Оценка по Опроснику «SF-36» качества жизни лиц,
вошедших в экспериментальную и контрольную группы*

ния на ролевое функционирование – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, включая увеличение затрат времени, уменьшение объёма выполненной работы, снижение качества её выполнения и т.п., также выросло при выписке в сравнении с первоначальным показателем (при поступлении в стационар отмечалось 38 баллов, при выписке – 65 баллов). Это позволяет говорить как о достаточном уровне показателя по шкале Role-Emotional в контрольной группе, тогда как в экспериментальной группе повышение по этому показателю составило 32 балла.

По шкалам Bodily Pain (BP) и Vitality (VT) показатели выросли на 18 баллов и 23 балла, соответственно, что ещё раз подтверждается редукцией психопатологических проявлений абстинентного синдрома. В тоже время самооценка психического здоровья Mental Health (MH), характеризующая настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций), свидетельствует об улучше-

нии на 14 баллов в контрольной группе и на 18 баллов – в экспериментальной группе.

Основные выводы

1. При сравнении данных, полученных в контрольной и экспериментальной группах по опроснику «Копинг-тест» значимых различий «До – После», выявлено не было. Однако представляет практический интерес факт того, что наиболее значимыми для клиентов с рисками вовлечения в нехимические аддикции являются такие копинг-стратегии, как «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Планирование решения проблемы». Вышеперечисленные стратегии являются, по сути, позитивными, направленными на решение проблемы, что в свою очередь должно активно развиваться и поддерживаться в процессе психологического и психотерапевтического консультирования лиц, зависимых от ПАВ.

2. Пациенты, получившие курс экспресс-психотерапии, при выписке из стационара указывают на более высокое качество жизни.

Список использованной литературы:

1. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи // *Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии.* – Москва – Павлодар, 2011. – Т. XVII, № 4. – С. 23-24.
2. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб., 1995. – С. 396.
3. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress appraisal and coping.* – N.Y.: Springer, 1984. – P. 22-46.
4. Lazarus R.S., Folkman S. *Coping and adaptation.* AV.D. Gentry (Eds.). *The handbook of behavioral medicine.* – N.Y: Guilford, 1984. – P. 282-325.
5. Wills T.A. *Stress and coping in early adolescence: Relation-ships to substance use in urban school samples.* *Health psychology.* – 1985. – № 5. – P. 503-529.
6. Nakano K. *Coping Strategies and psychological symptoms in Japanese samples* // *J. Clin. Psychol.* – 1991. – Vol. 47, № 3. – P. 346-450.

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПЕРВИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ВУЗОВ

Д.Д. Невирко

заместитель начальника Сибирского юридического института Федеральной службы по контролю за наркотиками Российской Федерации по научной работе, доктор социологических наук, профессор, полковник полиции, г. Красноярск (РФ)

Повышение доступности психоактивных веществ (ПАВ), вовлечённость населения в их немедицинское потребление, высокий уровень заболеваемости наркоманией и алкоголизмом являются одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации. В связи с чем, особо актуальными признаются разработка и проведение эффективных профилактических антинаркотических мероприятий в детско-подростковой и молодёжной среде.

В рамках реализации грантового проекта сотрудниками Сибирского юридического института Федеральной службы по контролю за наркотиками Российской Федерации (СибЮИ ФСКН РФ) был проведён мониторинг состояния наркоситуации и профилактики наркопотребления в ВУЗах одного из крупнейших субъектов Российской Федерации – Красноярском крае. Исследование вовлечения молодёжи, обучающейся в ВУЗах, в употребление психоактивных веществ (ПАВ) показало, что каждый второй студент ВУЗа получал предложение попробовать наркотики, и около 20% имеют собственный опыт их употребления. Причем 73% таких студентов начали потребление ПАВ к моменту поступления или сразу же после поступления в ВУЗ. Более 3% студентов в прошлом регулярно употребляли психоактивные вещества, на момент опроса регулярный приём отметили около 5% студентов группы потребителей. В 80% случаев потребления ПАВ предпочтение отдавалось каннабиноидам. При этом за медико-психологической помощью, несмотря на доступность таких услуг в регионе, обращались около 1%.

Изучение студенческой среды показало, что информированность о видах наркотических средств и эффектах их действия сочетается с толерантным отношением к приёму наркотиков сверстниками, отсутствует активная психологическая защита по отношению к первой пробе и последующему приёму психоактивных веществ.

Вместе с тем, подавляющее большинство студентов ВУЗов не имеют чёткого представления о профилактической деятельности или расценивают её скептически, являясь пассивными участниками

проводимых мероприятий. Только 1% опрошенных лиц отметил своё активное участие в антинаркотической деятельности.

Проведенное исследование показало необходимость разработки системы профилактики наркопотребления в образовательных учреждениях, основными звеньями которой, на наш взгляд, являются:

- организация постоянного мониторинга наркоситуации в образовательной среде;
- создание межвузовских комиссий по антинаркотической работе;
- разработка и внедрение единых унифицированных программ антинаркотической профилактики в ВУЗах и модификаций таких программ для иных образовательных учреждений;
- развитие антинаркотического направления волонтерского движения.

В настоящее время уже проводится мониторинг наркоситуации в молодёжной среде Красноярского края. В исследование кроме студентов ВУЗов включены школьники, студенты образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования, работающая молодёжь до 30 лет. Результаты исследования будут также положены в основу разработки антинаркотических профилактических программ.

Однако системная антинаркотическая деятельность невозможна без чёткого представления лиц, её проводящих, о сути проблемы, основных формах и методах работы, а также без привлечения широкого круга участников к её осуществлению. При этом своевременность и полнота реализации антинаркотических мероприятий достижимы только при грамотно выстроенном взаимодействии всех государственных и негосударственных структур – субъектов антинаркотической деятельности. Поэтому ключевым звеном, обеспечивающим такое взаимодействие, применительно к вузовской среде являются постоянно действующие межвузовские комиссии по антинаркотической работе, которые активно работают в ряде регионов России.¹

Такая комиссия при Совете ректоров ВУЗов Красноярского края осуществляет координацию и

¹ Например, межвузовские комиссии при Советах ректоров созданы в Республике Башкортостан, Республике Татарстан, Республике Мордовия, Удмуртской Республике, Чувашской Республике, Нижегородской, Пензенской, Ульяновской областях, Красноярском крае.

управление работой по профилактике немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ среди студентов ВУЗов Красноярского края. Комиссия, как субъект антинаркотической деятельности, объединяет специалистов ответственных за воспитательную работу в ВУЗах, представителей различных государственных (Министерство образования и науки края, Министерство здравоохранения края, правоохранительные органы края в лице УФСКН России по Красноярскому краю и ГУ МВД России по Красноярскому краю) и негосударственных субъектов, осуществляющих профилактические мероприятия антинаркотической направленности. Именно комиссия организует разработку и апробацию новых форм работы на модельных площадках ВУЗов.

В исследованиях было отмечено неверное понимание сути наркологических расстройств, как студентами, так и профессорско-преподавательским составом ВУЗов. Этому, в определённой мере, способствует неправильно проводимая антинаркотическая и антиалкогольная пропаганда, отсутствие грамотно проводимой просветительской деятельности: изложение преимущественно признаков финала заболевания усугубляет наркологическую неграмотность, признаки же начальной и даже средней стадии зависимости не воспринимаются болезненными. С учётом этого, используя системный подход, был разработан комплекс профилактических мероприятий, реализация которого позволит значительно снизить уровень наркотизации молодежи в ВУЗах:

- а) работа со всеми контингентами студентов (не имеющими опыта приема психоактивных веществ, «экспериментаторами», проблемными потребителями) с охватом основных значимых других лиц;
- б) сочетание иницирующих и поддерживающих интервенций (технологий);
- в) обучающие циклы («тренинг тренеров», «равные – равным»);
- г) саморазвитие и формирование актива во всех целевых группах;
- д) циклическое расширение охвата участников профилактической программы;
- е) мониторинг ситуации и эффективности профилактической программы.

Исходя из предложенного комплекса, в каждом ВУЗе разрабатывается план конкретных мероприятий по профилактической деятельности.

Не будем останавливаться на широком круге мероприятий спортивно-оздоровительного, культурно-досугового плана, реализации развивающих программ, способствующих отвлечению студенческой молодёжи, структурированию их социально направленной деятельности.

Рассмотрим именно особенности внедрения программ обучающих циклов для лиц, проводящих

антинаркотическую профилактическую работу (как руководящего состава, так и рядовых исполнителей). В каждом ВУЗе, включённом в межвузовскую программу антинаркотической профилактической работы:

- 1) проводится обучение руководителей и профессорско-преподавательского состава (семинар 4 часа);
- 2) формируется актив, проводится стимуляция и поддержка саморазвивающегося движения (тренинг тренеров);
- 3) повторяются обучающие циклы с увеличением охвата (равный равному);
- 4) проводится подкрепление полученной в ходе тренинга информации;
- 5) организуется работа с отдельными группами (группы повышенного риска, группы с проблемным потреблением психоактивных веществ);
- 6) оптимизируется поддержка иных разрядочных форм деятельности;
- 7) проводится коррекция по основным направлениям существующей в ВУЗе антинаркотической деятельности;
- 8) вводится профилактический спецкурс (с обязательным обучением преподавателя, в учебной нагрузке которого предусмотрено ведение занятий).

Вначале во всех ВУЗах г. Красноярска для руководителей и профессорско-преподавательского состава ВУЗов были проведены семинары «Основы организации профилактической антинаркотической деятельности в образовательной среде». Всего в работе выездных семинаров приняли участие 232 человека. В семинаре участвовали проректоры университетов и институтов, заместители директоров ВУЗов по учебной, воспитательной работе, по безопасности, деканы, заместители деканов факультетов, профессорско-преподавательский состав (заведующие кафедрами, кураторы студенческих групп), а также заведующие и воспитатели общежитий, председатели студенческих советов, представители студенческого актива. Участники семинаров обсудили наркоситуацию в учебных заведениях, возможности оптимизации антинаркотической деятельности в образовательной среде учреждений высшего профессионального образования с использованием собственных ресурсов.

На втором этапе было проведено обучение преподавателей для ведения занятий по программе «Профилактика немедицинского употребления наркотиков и наркомании» по единой методике. Данная методика позволяет в ходе образовательного процесса не только познакомить студентов с факторами риска развития зависимости, возможностью, необходимостью и направлениями психогигиены и первичной профилактики наркомании, но и обучить использованию тренинговых технологий при про-

ведении просветительской деятельности по коррекции наркологической неграмотности студентов. В работе такого обучающего семинара приняли участие 28 преподавателей из всех образовательных учреждений высшего профессионального образования г. Красноярск.

На третьем этапе были использованы возможности снижения риска наркоманического поведения студенческой молодёжи Красноярского края посредством внедрения эффективных тренинговых технологий при проведении антинаркотической пропаганды в образовательной среде ВУЗов с привлечением специально подготовленных волонтеров. Поскольку исследования показывают, что эффективность такой работы, проводимой студентами и преподавателями, сравнима.

В рамках реализации и развития этого направления деятельности в феврале 2012 года для руководителей (кураторов) созданных волонтерских объединений ВУЗов на базе института был проведён семинар «Основы организации профилактической антинаркотической деятельности волонтерских объединений в образовательной среде». А в мае 2012 года проведён семинар «Основы просветительской деятельности волонтеров при реализации антинаркотического направления волонтерского движения» с активом антинаркотических волонтерских объединений ВУЗов края, по окончании которых участники получили соответствующие сертификаты.

В данном проекте студенты с одной стороны, выступают как большая социальная группа, на которую направлены основные усилия ранней профилактики, с другой стороны – они должны сами выступать субъектами профилактической работы, реализуя профилактические программы как «равный – равному». Это наиболее эффективно формирует жизненную установку молодых людей на активное противодействие при вовлечении их в наркотизацию.

В целях придания более четкой организованности и нормативности антинаркотической деятельности в ВУЗах было разработано «Типовое положение об антинаркотическом волонтерском объединении образовательного учреждения Красноярского края». В данном положении прописаны цели, задачи, основные направления деятельности, структура и участники объединения. Типовое положение утверждено на заседании Совета ректоров и подлежит обязательному исполнению во всех ВУЗах.

Важная особенность предложенного комплекса мероприятий по объединению усилий образовательных учреждений – обеспечение саморазвития профилактической программы, формирование волонтерского движения. В перспективе такая работа в течение 3-4 лет позволит вовлечь в профилактическую программу более половины основной целевой группы как активных участников и тем самым обеспечить влияние на ситуацию с употреблением психоактивных веществ в целом.

УДК 613.25

ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЩЕВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Н.К. Закарина

участковый терапевт, поликлиника № 2, г. Павлодар (РК)

Все чаще и чаще врачам общей практики приходится сталкиваться с последствиями различных форм отклоняющегося поведения у пациентов с казалась бы обычными жалобами. Уход от реальности путём изменения психического состояния может происходить при использовании разных способов. Одним из таких состояний является зависимость от еды.

В большинстве экономически развитых стран мира прослеживается отчётливая тенденция к увеличению числа больных с нарушением пищевого поведения (Сидоров П.И. и др., 2006; Bean M.K. et al., 2008). При нарушениях пищевого поведения часто отмечаются тяжёлые соматоэндокринные расстройства и стойкая психосоциальная дезадаптация (Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилев В.В., 1991; Крылов В.И., 1995; Casasnovas C. et al., 2007; Aranha A.C. et al., 2008; Malevani J. et al., 2008; Song A., Fernstrom M.N., 2008).

Переедание характерно для лиц с конституционально высоким аппетитом. Однако достаточно часто в практике приходится сталкиваться с проблемами более глубокого уровня. В данном случае речь идёт о влечении («тяге») к пище, а не просто о периодах переедания. Люди с высоким аппетитом, пытающиеся ограничивать себя в еде, периодически также могут не справляться с контролем объёма пищи. Другим существенным аспектом «озабоченности едой и тяги к пище» следует считать не столько их «постоянность и непреодолимость», сколько то, что приступы булимии приводят к снижению продуктивности пациентов, тогда как при конституционально высоком аппетите работоспособность остаётся неизменной.

Психопатологически значимыми критериями типичной нервной булимии являются проявления повышенного влечения к приёму пищи, приводящего к снижению продуктивности, болезненный страх ожирения и поведение, направленное на снижение веса (обычно вследствие страха ожирения), попытки борьбы с перееданием, которые связаны с болезненным страхом ожирения или чувством дискомфорта.

Однако характер расстройств, связанных с едой, в практике амбулаторных врачей редко доходит до уровня психопатологического. Вовлечённость в процесс поглощения пищи становится элементом аддиктивного поведения.

В жизни каждого человека бывают моменты, связанные с необходимостью изменения своего психического состояния, не устраивающего его в данный момент. Иногда необходимо избавиться от угнетённости, «сбросить» с себя психическую усталость, отвлечься от неприятных размышлений, заставив себя по-иному посмотреть на событие, создать у себя необходимую мотивацию, почувствовать смысл какого-то явления. Для реализации этой цели человек «вырабатывает» индивидуальные подходы, становящиеся привычками, стереотипами.

Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде аддиктивного агента, применяя который человек уходит от не устраивающей его субъективной реальности. В момент раздражения, неудовлетворённости, неудачи и скуки возникает стремление «заесть» неприятность, используя для этого процесс еды. И это часто удаётся сделать, так как во время приёма пищи происходит фиксация на приятных вкусовых ощущениях и вытеснение в подсознание материала, имеющего психологически неприятное содержание. При этом возможно появление стремления затянуть процесс еды во времени посредством медленного употребления пищи, либо использованием большего количества еды. Такой способ ухода от реальности может оказаться достаточно эффективным способом контроля своего настроения, провоцируя, таким образом, быстрое формирование зависимости.

Зависимость от еды – это особый способ зависимости. С одной стороны – это психологическая зависимость, а с другой – происходит «игра», основанная на удовлетворении голода. По мере того, как еда начинает использоваться уже не как средство утоления голода, а как средство психологического ухода от проблем, происходит определённое влияние на драйв удовлетворения голода с искусственным его стимулированием. Этот процесс носит психофизиологический характер, потому что передающий человек входит в зону другого обменного баланса. Постоянная «эксплуатация» драйва удовлетворения голода приводит к тому, что механизмы, участвующие в его активации, начинают «включаться» тогда, когда это не нужно организму, когда человек не голодает и более того – когда пища ему вредит. Драйв удовлетворения голода начинает активизироваться сразу же при снижении содержа-

ния глюкозы в крови, наступающем после очередного приёма пищи.

Таким образом, процесс осложняется тем, что на каком-то этапе переедания наряду с психологическими механизмами использования еды как средства ухода начинают реализовываться физиологические механизмы, связанные с усилением этого драйва, и человек начинает стремиться к еде и потому, что ему хочется есть. Для того чтобы избежать приёма пищи, ему необходимо справиться с этим чувством, подавить его, так как оно возникает тогда, когда это вовсе не необходимо организму. Это приводит к тому, что человек начинает есть слишком много и слишком часто. Если процесс аддикции «запущен», то он «раскручивается» с всё большей силой. На каком-то этапе человеку становится стыдно за своё поведение, и он начинает скрывать проблему от окружающих. Он начинает есть в одиночку, в промежутках между любыми активностями. У него может возникать стремление не выбивать чек у одного и того же кассира в супермаркете, чтобы никто не обратил внимания на то, как много продуктов он покупает. Всё это приводит к опасным для жизни последствиям, ведущим к нарастанию веса, к нарушению обмена веществ и утрате контроля, при ко-

торой человек употребляет такое количество пищи, которое является опасным для жизни. Такие эксцессы переедания могут привести к «заеданию» себя до гибели.

Материалы и методы

Нами были обследованы 16 пациентов (14 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 21 до 56 лет, которые находились в течение года на диспансерном наблюдении у терапевта с диагнозом: Ожирение I-II степени.

Группой сравнения являлись 22 условно здоровые лица, проходящие плановый медицинский осмотр у терапевта.

Пациентам было проведено анонимное тестирование на степень склонности к пищевой и общей зависимости по «Методике диагностики склонности к различным зависимостям» (автор Лозовая Г.В).

Результаты и обсуждение

Как видно из данных, представленных в таблице 1, больше половины опрошенных пациентов в группе исследования имеют высокий риск склонности к пищевой зависимости, что в 10 раз превышает таковой показатель в группе сравнения.

Таблица 1

Результаты диагностики склонности к пищевой зависимости

Степень склонности	Пациенты с диагнозом: Ожирение I-II степени	Условно здоровые лица
Низкая степень	6,5%	50%
Средняя степень	37,5%	45,5%
Высокая степень	56%	4,5%

Повышенное влечение к еде у таких пациентов носит навязчивый характер, когда помимо их воли возникают неконтролируемые представления о «красиво накрытом столе», непреодолимое желание пройтись мимо витрин продуктовых магазинов. Поведение таких больных носит характер избегания: чтобы не оказаться «один на один с холодильником», пациенты задерживаются с возвращением домой, пока не вернутся их родственники, дорога выбирается таким образом, чтобы не проходить мимо продуктовых магазинов. Попытки воспротивиться мыслям о еде и приёму пищи приводят к нарастанию чувства дискомфорта в сочетании с вегетативной симптоматикой (дрожь, потливость, сердцебиение). Страх ожирения нередко сопровождается навязчивым подсчётом калорий съеденной пищи, когда больные понимали бесполезность этих арифметических действий ввиду слишком очевидного переедания.

Лица, имеющие высокие показатели склонности к пищевой аддикции, начинают есть, не дожидаясь, когда будет накрыт стол. Оправдывая своё пове-

дения, сообщают, что они снимают пробу или сильно проголодались. Высокий темп поедания пищи мешает получить полноценное удовольствие от еды. В результате больные не осознают свои ощущения, у них возникают явления, напоминающие «амнезии» периодов насыщения – «не помню, ел сегодня или нет», утрачивается защитный рвотный рефлекс, формируются явления «пищевой» анозогнозии – пациенты утверждают, что они едят, как все, а прибавка в массу тела связана с возрастом, конституцией или наследственностью (попытки рационализации).

Для тех, кто склонен к перееданию и никак не может сдерживать свой непомерный аппетит, еда становится своего рода наркотиком. Мозг людей, страдающих ожирением, также страдает от недостатка дофамина, который отвечает за позитивные ощущения к другим людям, ощущению удовольствия, радости, за контроль за сердечнососудистой деятельностью. В тканях нервной системы, людей с избыточным весом, уровень дофамина снижается. Этого же нейротрансмиттера не хватает и в мозге наркоманов, алкозависимых.

По диагностике к общей склонности к зависимости две трети опрошенных в исследуемой группе имеют среднюю степень риска (таблица 2).

Полученные данные показывают, что лечение больных с ожирением должно быть длительным,

иметь позитивное психологическое и информационное подкрепление. Данная группа больных должна быть вовлечена в профилактические мероприятия с психологической помощью в организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь.

Список использованной литературы:

1. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // *Обозр. психиат. и мед. психол.* – 1991. – № 1. – С. 8-15.
2. Приленская А.В. *Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым пищевым поведением: Автореф. дисс... канд. мед. наук.* – Томск, 2009. – 25 с.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В ВЕРИФИКАЦИИ
ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
(на примере патохарактерологического развития)**

С.К. Макубаева

участковый психиатр - нарколог КГКП «Областной детский психоневрологический диспансер», г. Караганда (РК)

Подростковый возраст является ключевым периодом в формировании портрета личности в системе координат морально-этических качеств и решающих характеристик социальных потребностей. В пубертате происходит достраивание деятельностной активности, вычлняются сферы устойчивого взаимодействия с институционализированным окружением [3, 8]. Так, в наглядной форме в таблице 1 суммированы социальные задачи развития подростка.

Л.С. Выготский называя подростковый возраст одной из самых сложных критических эпох в онтогенезе человека, характеризовал его как период, в котором равновесие, сложившееся в предшествующем детском возрасте, нарушено благодаря появлению мощного фактора – полового созревания, а новое – не обретено. В этом определении акцентируются два момента, ключевые для понимания биологической стороны проблемы подростковых кри-

Таблица 1

Социальные задачи развития в подростковом возрасте

зов, – роль процесса полового созревания и роль неустойчивости различных физиологических систем, в первую очередь – нервной.

В нервно-психической сфере даже здорового подростка может наблюдаться определённая дисгармония и неустойчивость. В интеллектуальной деятельности это нередко выражается в стремлении к мудрствованию, чрезмерной склонности к фантазированию; в сфере эмоций – в сочетании повышенной сензитивности в отношении собственных переживаний и интересов с определённой чёрствостью к другим, застенчивости и тормозимости с развязностью и самоуверенностью. Критицизм, оппозиционная готовность во взаимоотношениях с окружающими, в первую очередь – с родителями, неприятие опеки, гипертрофированное стремление к самостоятельности иногда приобретают характер реакции протеста. Появляется повышенный интерес к своей внешности, сензитивная реакция на её оценку другими. Возникает ряд переживаний нередко более или менее конфликтных, связанных с пробуждением сексуального влечения. Типичны проявления эмоциональной неустойчивости: лабильность аффекта, нерезко выраженные немотивированные колебания настроения.

Связь двух факторов – дисгармонии, напряжённости протекания периода полового метаморфоза и склонности к декомпенсации различных видов недостаточности нервной системы - приводит к тому, что в этом периоде чаще, чем в других критических фазах детского возраста, проявляются душевные заболевания (Г.Е. Сухарева, Н. Штутте, Е. Кречмер, М.С. Вроно); возникает резкое заострение патологических черт характера (Г.Е. Сухарева, М.С. Певзнер, А.Е. Личко); наблюдаются различные варианты психических отклонений, связанных с обострением органической церебральной недостаточности (Г.Е. Сухарева, Л.С. Юсевич, М.С. Певзнер, Е. Кречмер); возникает специфический ряд возрастных синдромов, типичных для патологического ускорения либо задержки самого темпа полового созревания (М.Я. Серейский, Е.Н. Крылова, К.С. Лебединская); отмечается повышенная склонность к патологическим реакциям, обусловленным ситуационными факторами (Г.Е. Сухарева, Е.Е. Сканиви, В.В. Ковалев) [1].

К патологическим формам нарушений поведения современные российские психиатры (Г.Е. Сухарева, О.В. Кербиков, В.В. Ковалев, В.А. Гурьева, А.Я. Гиндикин, В.С. Куликов, О.А. Трифонов, В.В. Гроховский) относят так называемое патохарактерологическое развитие личности. Эти состояния, представляющие собой глубокие и стойкие изменения характера, приближающиеся к психопатиям, возникают вследствие травмирующих условий воспитания, длительной неблагоприятной ситуации на основе хронизаций патохарактерологических реакций [2, 4].

Патохарактерологическая реакция – психогенная личностная реакция, проявляющаяся отклонениями в поведении подростка; она приводит к нарушениям социально-личностной адаптации и сопровождается соматовегетативными расстройствами. Обычно она развивается на основе характерологической, однако при наличии неблагоприятного фона (акцентуации характера, органической недостаточности, дисгармонически протекающем возрастном кризе) сразу принимает патологические формы. Показателем перехода в патохарактерологическую реакцию являются нарушения поведения, появляющиеся вне ситуации, в которой они первоначально возникли, как правило, патохарактерологические реакции нарушают приспособление детей к условиям семейной жизни, детскому коллективу, расстраивают взаимоотношения с взрослыми и сверстниками [4].

Выделяются два механизма формирования патохарактерологического развития:

- 1) закрепление и иррадиация личностных реакций протеста, отказа, гиперкомпенсации, имитации и других, возникших в ответ на психотравмирующее воздействие;
- 2) прямое стимулирование отрицательными воздействиями тех или иных патологических черт характера (возбудимости, истеричности) [5].

Для практикующего клинициста следует определить границы патологии, то есть провести дифференциальный диагноз между патохарактерологической реакцией (предболезнью) и патохарактерологическим развитием (собственно нозологией). Донозологический период требует мобилизации психолого-педагогических методов, нозология же, несомненно, является уделом клинической психиатрии.

Таким образом, полезно строить дифференциальный диагноз в этом направлении, исходя из нескольких принципов.

Во-первых, важно верифицировать сам факт патологичности поведения. Для дифференциально-диагностических критериев используются:

- а) выраженная интенсивность расстройств (массивность, некорректируемость, выход за пределы провоцирующей их среды);
- б) стойкость;
- в) присоединение немотивированных аффективных расстройств, невротических наслоений либо явлений вегетативной дистонии, спянных с расстройствами поведения.

Иными словами патогномичные черты декомпенсации патологического процесса в своей формулировке схожи с психопатической триадой Ганнушкина П.Б. (тотальность, устойчивость, социальная дезадаптация). Данная тождественность неслучайна и объясняется произрастанием краевых расстройств зрелой личности из патохарактерологического развития подросткового возраста.

Однако следует учитывать, что расстройства характера в подростковом возрасте, являясь одним из универсальных патологических процессов, затрагивают не только ось формирующейся личности. Они более глубоки и подкрепляются психическими нарушениями по другим сферам психической деятельности. Следовательно, подростковые психиатры редко встречаются с «чистыми» классическими случаями собственно нарушений характера в подростковом возрасте и зачастую видят в клинике заболевания пеструю симптоматику эмоциональных, когнитивных и нейробиологических стигм.

Следовательно, важно дополнить дифференциальный диагноз следующими формулировками:

- стойкость инфантильных черт личности;
- преобладание черт незрелости над тенденцией возрастного развития;
- выраженность энцефалопатических расстройств: психической неустойчивости, аффективной возбудимости, расторможенности влечений;
- асинхрония психофизического развития в виде дисгармонической ретардации и акселерации;
- неблагоприятные средовые условия, специфически патогенные для определенного варианта нарушений поведения;
- раннее возникновение микросоциальной и педагогической запущенности как результат всех перечисленных выше факторов: незрелости эмоциональной, волевой и личностной сфер, низкого уровня познавательной активности и слабости интеллектуальных предпосылок, неблагоприятности средовых условий.

Затем в целях диагностики проводится дифференцировка по типу содержания патохарактерологического развития. Так, прикладное значение имеет выделение трёх вариантов нарушений (рисунок 1). Применение данной группировки на практике представляется удобным вследствие простоты данной схемы и её собирательности, что позволяет избежать излишней детализации и обстоятельности.

Рисунок 1. *Клинико-психологические варианты нарушения поведения подростков (патохарактерологическое развитие)*

Кроме того клинико-психологический подход уместен в практике врача-психиатра, так как не выходит за рамки классической психиатрии и соотносится с регистрами психопатологических синдромов: невротический (астенический), аффективный, психоорганический.

Психическая неустойчивость проявляется в отсутствии целенаправленности и стойкости интересов, большой роли подражания и внушаемости, в имитации асоциальных форм поведения, в том числе в употреблении алкоголя, воровстве, побегах. Нарушения поведения, как правило, связаны с наличием черт эмоционально-волевой незрелости: отсутствием чувства долга, ответственности, неспособностью тормозить свои желания, подчиняться требованиям дисциплины. Инфантильность проявляется и в преобладании весёлого фона настроения, большой общительности без стойких привязанностей, выраженной эмоциональной поверхности. О церебрально-органическом генезе психического инфантилизма у части подростков свидетельствует наличие выраженной двигательной расторможенности, церебрастении, безудержности аффективных разрядов. Психогенные реакции имитации, оппозиции, гиперкомпенсации отражают незрелость форм самоутверждения [7]. Основой различных проявлений асоциального поведения у таких подростков являются подражательность и повышенная внушаемость. Недисциплинированность, паясничание, прогулы в школе, побеги из дома часто являются выражением реакций гиперкомпенсации, связанных с несостоятельностью в учебе. Проводя параллель с синдромальным психопатологическим уровнем, можно судить о тождественности психической неустойчивости с двумя симптомокомплексами: астения в рамках психоорганического синдрома и синдром дисгармонии личности с резидуально-органическими включениями.

Повышенная аффективная возбудимость у мальчиков чаще всего проявляется в склонности к агрессивным вспышкам, у девочек – к истериформным проявлениям. Аффективные вспышки непродолжительны, иногда сопровождаются определённой критичностью к ним, жалобами на невозможность владеть собой. Для подростков характерны реакции оппозиции, активного протеста, часто обусловленные ограничениями и запретами, исходящими от педагогов и родителей. Выраженность утрированно-подростковых черт, негативизм и оппозиционная настроенность по отношению к взрослым, бравада мнимой независимостью способствуют тому, что эти подростки нередко играют роль лидеров среди «трудных» сверстников. В последующем из данного варианта патохарактерологического развития берут начало расстройства зрелой личности с массивными аффективными включениями. То есть можно зак-

лючить, что аффективная возбудимость лежит в пределах синдрома эмоциональных расстройств с преобладанием атипичных форм (дистимия, дисфория, гневливая мания) [6].

Расторможение влечений отличается патологической неодолимостью: у мальчиков чаще всего наблюдается тяга к бродяжничеству, алкоголю, садистические проявления, у девочек – повышенная сексуальность. Преобладают асоциальные формы поведения в виде хулиганства с грубой агрессией, сексуальными эксцессами. Наиболее грубые проявления школьной дезадаптации имеют место именно в этой подгруппе. Учебная деятельность не вызывает у подростков заинтересованности и подменяется жизнью влечений, тягой к асоциальным компаниям [6, 7]. По психопатологическому содержанию данный вариант является самым грубым и затрагивает более высокий регистр психических нарушений, а в крайних своих проявлениях соответствует текущему органическому процессу (эйфорическая, эпилептическая стадия психо-органического синдрома). В динамике вариант с расторможением влечения приводит не просто к формированию психопатии, но к сглаживанию характерологических особенностей подростка и формированию глубоких дефицитов личности.

После определения варианта патохарактерологического развития не менее важным является определение стадии патологического процесса. Если предыдущие этапы дифференциально-диагностического поиска не являются исключительными для клиницистов, и могут использоваться предварительно и педагогами-психологами, то определение типа течения болезни с соотношением его к чётким стадиям – удел, лишь клинической психиатрии.

Патологическое развитие личности претерпевает следующую динамику:

- 1) *начальный этап* совпадает с ситуативными реакциями;
- 2) *этап формирования ведущего патохарактерологического синдрома*;
- 3) *этап пубертатного полиморфизма* – сочетание основной симптоматики с личностными реакциями, обусловленными пубертатными изменениями личности (демонстративность, ипохондрия, эмоциональная неустойчивость);
- 4) *заключительный этап* может быть либо в форме краевой психопатии, либо в форме сглаживания ведущих патологических черт личности до частичной или полной гармонизации (депсихопатизация).

Таким образом, вопрос подростковых нарушений поведения является сборным и включает в себя ряд достаточно разнообразных состояний (девиантность, эндогения, патохарактерологические нарушения, расстройства интеллекта). Кроме того особняком стоят так называемые пограничные расстройства, представляющие интерес для коррекционной педагогики и психологии: педагогическая запущенность, специфические расстройства психологического развития, расстройства социализации, специфические расстройства эмоциональной сферы. Соответственно от специалистов, работающих с подростками требуется владение основами диагностики-ориентации в данном разнообразии. Вдвойне сложной представляется работа клинических психиатров, которые должны не только квалифицировать заболевание, но и определять его границы и прогноз. Методологически это может быть осуществлено только последовательным дифференциально-диагностическим процессом, как это было показано на примере поэтапной квалификации патохарактерологического развития.

Список использованной литературы:

1. *Гарганеев С.В. Клинико-социальные аспекты расстройств поведения у подростков женского пола: автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Томск, 2003.*
2. *Гарганеев С.В., Рыбалко М.И. Расстройства поведения у подростков в современных условиях: анализ временного и клинико-социального патоморфоза // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 2. – С. 53-56.*
3. *Гершгорина О.В., Владимирова Т.Д. Расстройство поведения у детей и подростков. Коррекционно-педагогический процесс: Методические рекомендации врача-психиатра и психолога педагогам. – Хабаровск, ХГПУ, 2004. – 27 с.*
4. *Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. – Томск: ТГУ, 1994.*
5. *Егоров А.Ю., Изумнов С.А. Расстройства поведения у подростков. – М. Медиастар, 2005.*
6. *Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. Клинико-психологическая характеристика «трудных» подростков. – М.: Педагогика, 1988. – С. 149-160.*
7. *Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985.*
8. *Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Коваленко Н.В. Социально-психиатрические аспекты поведенческих нарушений у подростков // История Сабуровой дачи. – 1996. – т. 3. – С. 358-359.*

К ВОПРОСУ О ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

З.У. Мурсакина

врач-психиатр, заведующая отделением № 3 Медицинского центра проблем психического здоровья, г. Астана (РК)

Одной из стратегических универсалий любой системы здравоохранения является улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам и восходящему поколению. В рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты азаматстан» на 2011-2015 годы приоритетным является «развитие перинатальной медицины, улучшение взаимодействия между акушерско-гинекологической и педиатрической службами, продолжение оснащения организаций родовспоможения и детства современной лечебно-диагностической аппаратурой, улучшение обеспечения лекарственными средствами, совершенствование системы подготовки кадров, активное внедрение неонатальных технологий» [5].

Однако укрепление репродуктивного здоровья должно осуществляться не только в направлении улучшения соматического статуса женщины. Не менее важной видится и разработка системы превентивных и лечебных мероприятий в отношении ментального здоровья женского населения. Ценным в данном случае является кластерный био-психосоциально-духовный подход, санкционирующий участие команды специалистов [7].

В условиях строгого планирования системы медицинской помощи данной группе первоначально представляется важным выявление основных мишеней, разработка системы индикации и межсекторального взаимодействия. При этом на первом месте в данной области оказываются типичные узловые проблемы, в частности расстройства аффективной сферы в послеродовом периоде, являющиеся «титульными» среди психических расстройств у женщин по своему клиническому и санитарно-гигиеническому значению [2, 3, 4].

Сборная группа таких состояний значительно нарушает течение естественного физиологического периода, ведет к нарушению адаптации матери и дитя, порой становясь чреватой деструктивными тенденциями [1, 8].

Понятие послеродовой (постнатальной, постпартальной) депрессии включает в себя неоднородные по нозологии аффективные состояния различной тяжести от кратковременных снижений настроения до тяжелой депрессии с тревогой, страхами, безразличием и враждебностью к ребёнку, нарушениями сна [8]. Послеродовая депрессия сопровождается нарушением социальной адаптации, снижением качества жизни, появлением суицидального риска. Вероятность инфантицида при послеродовой депрессии составляет примерно 5% (Pitt B., 1968; Kumar R., Robson K.M., 1994) [11].

Частота послеродовой депрессии на протяжении первого послеродового года составляет 15%-50% (O'Hara M.W., 1996; Beck C.T., 2001; Wolf A.W. et al., 2002) [15].

Послеродовая депрессия рассматривается как фактор, воздействующий на развитие и здоровье детей. Различные нарушения поведения матери, связанные с депрессией, влекут расстройство системы привязанности у детей 1-го года жизни и имеют отдалённые последствия в виде разнообразных психосоматических и психических расстройств на протяжении всей последующей жизни ребенка. Степень воздействия имеет прямую корреляцию с длительностью и тяжестью депрессивного эпизода у матери (Cooper P.J. et al., 1997; Essex M.J. et al., 2001; Bifulko A. et al., 2002) [12].

Страх социальной стигматизации, препятствующий поиску квалифицированной помощи, и «маски» в виде разнообразных соматических жалоб, эмоциональной неустойчивости, трудностей, связанных с уходом за ребенком, делают послеродовую депрессию трудно выявляемым расстройством (Bage-dahl-Strindlund M. et al., 1998) [10].

Депрессивное психическое состояние может варьировать по своей тяжести проявления симптомов и продолжительности от сравнительно легкой «грусти материнства», средних по остроте и длительности расстройств настроения в первые 1-2 недели после рождения ребёнка до клинической формы послеродовой депрессии и даже послеродового психоза.

Классическая послеродовая (постпартум) депрессия в клинической форме проявляется в течение первых четырех недель после рождения ребенка. Многие практикующие врачи относят к послеродовой и депрессию, которая проявляется в течение первых трех месяцев после родов. По последним исследовательским данным, клиническая форма постпартум-депрессии наблюдается у 10-15% матерей, депрессивные расстройства средней тяжести – почти у 50% [6, 12].

Выделяют биологические, психологические, психосоциальные факторы развития послеродовой депрессии. Выраженные изменения гормонального спектра в дородовом и послеродовом периодах являются одним из этиологических механизмов развития послеродовой депрессии. Наиболее часто в послеродовом периоде наблюдаются психогенные депрессии (71,1% случаев) [9]. Соответственно часть факторов, влияющих на её развитие, могут быть контролируемы:

- прошлые эпизоды депрессии, включая послеродовую;
- история других психических расстройств и заболеваний;
- проявление симптомов депрессии во время беременности;
- наследственность и факты депрессивных расстройств в семье;
- неадекватная социальная поддержка, включая семью и близких;
- стрессовые события и хронические жизненные ситуации;
- провоцирующие психологический и физический стресс;
- низкий социально-экономический статус;
- депрессия, излишняя эмоциональность и тревожность, проявляемые отцом ребенка, партнером или ближайшими членами семьи.

Среди психологических факторов выделяют:

- а) низкая стрессоустойчивость;
- б) высокая тревожность;
- в) лабильность эмоциональной сферы;
- г) неуверенность в себе, низкая самооценка;
- д) мнительность;
- е) наличие внутриличностных конфликтов;
- ж) склонность к ипохондрии;
- з) высокая чувствительность;
- и) зависимость и внушаемость;
- к) склонность к депрессиям, депрессивный склад личности;
- л) склонность к формированию страхов и фобий;
- м) инфантильность;
- н) внутренний локус контроля (чрезмерно развитый, проявляющийся в склонности к самообвинению);
- о) «негативное мышление», то есть оценка происходящих событий с негативной по отношению к собственной личности точки зрения.

Выделяют четыре степени тяжести послеродовых депрессивных расстройств (стадии):

1) *посттравматический дистресс – синдром*, наблюдаемый в период от 24 до 48 часов после трудных родов, с преобладанием беспокойства, ночными кошмарами и повторными образами события;

2) *послеродовое уныние* с третьего дня после родов, сопровождающееся чувством печали, плаксивостью, тревогой, раздражительностью, перепадами настроения;

3) *собственно послеродовая депрессия*, начинающаяся на четвертой-шестой неделе после родов, с редко диагностируемыми на ранних сроках эмоциональным онемением, постоянной усталостью, проблемами со сном, перееданием или потерей аппетита, чрезмерной озабоченностью и беспокойством о ребенке или отсутствием интереса к нему, мыслями о самоубийстве, страхом навредить ребенку;

4) *(после) родовой психоз* с галлюцинациями и бредовыми идеями, возникающий главным образом,

у женщин с предшествующим психиатрическим анамнезом между первой и третьей неделями после родов [2].

Для классической послеродовой депрессии чаще характерны следующие синдромы:

- тревожно-депрессивный;
- астено-депрессивный;
- истеро-депрессивный;
- меланхолический [8].

При *тревожно-депрессивном* типе расстройств ведущей в клинической картине является анксиозная симптоматика в сочетании с болезненно сниженным настроением. Структура депрессивных переживаний зависит от характера психотравмирующей ситуации. В большинстве случаев основной темой депрессивных мыслей является наличие болезни ребёнка, переживания по поводу исхода послеродового периода, реже доминирует тема внутрисемейных конфликтов, развода с супругом. Тревожные расстройства у рожениц характеризуются чувством неопределённой опасности, ожиданием надвигающихся неприятных событий. В тревожных переживаниях больных отражаются психотравмирующая ситуация, послужившая причиной возникновения аффективных расстройств (страх перед родами, болезнь новорожденного, семейные конфликты). Отмечаются соматические проявления тревоги в виде тремора рук, лабильности артериального давления, потливости, тахикардии. У рожениц отмечаются непродуктивное повышение двигательной активности, суетливость. Обращает на себя внимание «беспокойная» мимика, тревожное выражение лица, бегающий взгляд, несколько ускоренная речь [13].

Истеродепрессивные расстройства выявляются лишь при психогенных послеродовых депрессиях и не наблюдаются при соматогенных и эндогенных. Сниженное настроение при истерическом типе депрессии сочетается с демонстративностью в поведении и высказываниях, преувеличением тяжести имеющихся расстройств. Для больных с истеродепрессивными расстройствами характерной является лабильность аффективных нарушений, колебания глубины депрессии в зависимости от внешних факторов. В структуре депрессивных переживаний доминирует тема собственного здоровья, тогда как беспокойство о ребёнке у рожениц данной группы отмечается в значительно меньшей степени, чем у остальных женщин с послеродовыми депрессиями. Характерными бывают конверсионные включения в виде ощущения «комка в горле», «слабости в ногах». У рожениц отмечают раздражительность, склонность к бурным аффективным реакциям на малозначимые события. Имеют место такие проявления как плаксивость, жалобы на «недостаток внимания», «отсутствие помощи в уходе за ребёнком», «непонимание тяжести их состояния» [1].

Астенодепрессивный тип характеризуется подавленным настроением, снижением физической ак-

тивности, а также наличием слабости, повышенной утомляемости, чувства понижения жизненного тонуса. У рожениц наблюдается снижение толерантности к повседневным нагрузкам, истощаемость. Типичными являются когнитивные затруднения, проявлявшиеся в субъективных переживаниях «трудностей сосредоточения», «периодических ощущениях пустоты в голове», в увеличении времени выполнения психологических тестов. У рожениц отмечаются проявления психической гиперестезии [8].

Меланхолический тип послеродовых депрессий характеризуется относительной равномерностью и «чистой» депрессивной триадой. Клиническая картина определяется беспричинным пессимизмом, унынием, подавленностью, явлениями идеаторной и моторной заторможенности.

Послеродовая депрессия является потенциальным фактором риска для последующего развития ребёнка и в такой плоскости становится предметом исследований расстройств у ребёнка [1].

Послеродовая депрессия чаще всего характеризуется угасанием внешних проявлений и имеет тенденцию к хроническому течению. Её не признают ни мать, ни её окружение, поскольку по определению рождение ребёнка должно быть счастливым событием. Вместе с тем, примерно 20% женщин даже спустя год после рождения ребёнка все ещё находятся в депрессивном состоянии [14].

Список использованной литературы:

1. Баз Л.Л. *Послеродовая депрессия. Эмпирические исследования психологических феноменов / Хрестоматия по перинатальной психологии.* – М.: «УРАО», 2005.
2. Голенков А.В., Филоненко А.В. *Организация помощи женщинам с послеродовой депрессией (по результатам опроса студентов-медиков) // Российский медицинский журнал.* – 2012. – № 5. – С. 8-11.
3. Голубович В.В. *Клинико-эпидемиологическое исследование послеродовой депрессии // Медицинская панорама.* – 2003. – Выпуск 34. – № 9. – С. 37-40.
4. Голубович В.В. *Педиатрические аспекты материнской послеродовой депрессии // Медицинская панорама.* – 2003. – № 1.
5. *Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты «аза»-стан» на 2011-2015 годы / Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.*
6. Мазо Г.Э., Вассерман Л.И., Шаманина М.В. *Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии.* – 2012. – № 2. – С. 41-50.
7. Мецзякова С.Ю., Авдеева Н.Н., Ганошенко Н.И. *Изучение психологической готовности к материнству как фактора развития последующих взаимоотношений матери и ребенка // Материнство.* – 1996. – № 5.
8. Смудевич А.Б. *Депрессии при соматических и психических заболеваниях.* – М.: Медицина, 2003.
9. Филиппова Г.Г. *Психология материнства и ранний онтогенез / Учебное пособие.* – М.: Жизнь и мысль, 1999.
10. Чернуха Е.А., Соловьева А.Д., Кочиева С.К., Короткова Н.А. *Влияние родоразрешения на эмоционально-аффективные расстройства.* 2002; 4 (4).
11. Appleby L. *Is postnatal depression atypical? The importance of cognitions in the treatment of postnatal depression / International Conference of the Marce Society. Cambridge, 25-28 September, 1994.*
12. Brockington I. *Postpartum psychiatric disorders // Lancet* – 2004. – P. 363, 303-310.
13. Cox J.L, Holden J.M, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br. J. Psychiat* 1987; 150: 782-6.
14. Kristeva J. *Soleil noir. Depression et melancolie.* Paris: Gallimard, 1987.
15. O'Hara M.W. *Postpartum depression: what we know // Journal of Clinical Psychology.* – 2009. – № 65. – P. 1258-1269.

Во многих исследованиях выявлена корреляция между послеродовой депрессией и особенностями развития ребенка. По мнению Keller и его коллег, у 24% детей первого года жизни, родившихся от матерей, находящихся в депрессивном состоянии, наблюдаются заметные расстройства. Разнообразие этих показателей, по-видимому, можно объяснить различиями в используемых критериях оценки нарушений взаимодействия и возрастом ребёнка, в котором они были замечены [10].

Таким образом, аффективные расстройства смело можно назвать одной из центральных проблем, возникающих на стыке психиатрии, акушерства и перинатологии. Клиническое содержание данной группы расстройств требует мероприятий, как в сфере ментальных дисциплин, так и в области повышения доступности психолого-психотерапевтических услуг в акушерско-гинекологическом звене. Кроме того необходимо внедрение в практику оценочных инструментов, например в виде полуструктурированных кратковременных интервью, имеющих скрининговое значение для выявления потенциального риска возникновения аффективных расстройств. Функция клинических психиатров при этом должна смещаться от квалификации «свершившихся» диагнозов, к методологической поддержке специалистов акушерско-гинекологического звена по выстраиванию профилактической работы и ранней диагностики.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СНА

Н.И. Распопова

заведующая Центром суицидологии и эпидемиологии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии

А.А. Бобряшов

Министерства здравоохранения Республики Казахстан, д.м.н., г. Алматы
заведующий отделом судебно-психиатрической экспертизы Центра судебной медицины Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Алматы

В общественном сознании депрессию часто понимают как плохое настроение, симптом какого-либо физического страдания или как психическое заболевание, которое требует специального стационарного лечения в психиатрических клиниках или должно лечиться только у психиатров. На самом деле клиническая депрессия чаще всего проявляется вне психиатрического поля деятельности, она является серьёзным медицинским расстройством, с которым встречаются врачи всех специальностей. Особенности её клинических проявлений ложатся тяжёлым психическим, физическим и экономическим бременем на пациента, его родственников и общество в целом, но пациенты скорее будут лечиться у своего участкового врача, чем у психиатра.

Крупнейшие международные исследования, проведенные в 14 медицинских учреждениях общего профиля в 12 странах, показали, что распространённость депрессий у больных, обращающихся к врачу общей практики, составляет более 10%, а у больных, страдающих соматическими заболеваниями, ещё выше – 22-33%. В частности, депрессия выявлялась у 33-40% больных раком, у 47% больных, перенесших инсульт, у 45% – инфаркт миокарда, а также часто наблюдалась при эндокринных, метаболических, гастроэнтерологических заболеваниях, хронической боли, гепатите, туберкулезе, болезнях соединительной ткани и др. По итоговым оценкам доля депрессий у больных, обращающихся за помощью в общемедицинские учреждения как амбулаторной, так и госпитальной сети, составляет до 22-33% [1, 2].

Практика показывает, что диагностический процесс выявления депрессий у пациентов общей медицинской практики представлял определённые трудности, заключающиеся, прежде всего, в обнаружении собственно аффективных нарушений. Сложность выявления депрессий в общей медицинской практике определяется значительным сходством её клинических проявлений с симптомами соматических заболеваний, поскольку первыми признаками депрессии являются изменённое общее самочувствие, труднообъяснимые массивные неприятные телесные ощущения. Более того, в некоторых случаях речь идёт о «соматических масках» депрессии. Поэтому предпосылкой успешного лечения депрессии у пациентов общей медицинской прак-

тики является её адекватная феноменологическая и нозологическая диагностика. Распознавание депрессии в ряде случаев осложняется и диссимулятивными либо анозогнозическими тенденциями самих пациентов, их установками на «признание» соматической природы их страдания, отвержением возможности «дискредитирующего» психиатрического диагноза. Поэтому, для выявления депрессий у пациентов общей клинической практики рекомендуется ориентироваться на следующие критерии:

- отсутствие объективных признаков соматического заболевания либо несоответствие тяжких субъективных ощущений больного объективно выявляемой соматической патологии;

- несоответствие соматовегетативного «фасада» клинической картине соматического заболевания даже с учетом индивидуальной вариабельности его проявлений;

- миграция симптомов соматического страдания (смена жалоб от одной органной системы к другой);

- наличие устойчивых патогенетических необоснованных вариантов сочетания соматовегетативных симптомов разных функциональных систем;

- специфический медицинский анамнез – неопределённость диагностики соматического страдания (типа «дистония», «дисфункция» и др.); не подтвержденный объективными методами диагноз соматического заболевания; настойчивое обращение за медицинской помощью, несмотря на очевидное отсутствие результатов лечения; неэффективность соматической терапии.

Приоритетными в диагностике всё же являются основные критерии депрессии по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) [3]: сниженное настроение, спад психической и физической активности и нарушение соматического тонуса. Дополнительно учитываются: подчиненность самочувствия суточному ритму с улучшением вечером, реже – утром; периодичность (сезонность) манифестации болезненной симптоматики, ремиттирующее течение, спонтанность возникновения и исчезновения приступов заболевания; наличие предменструального синдрома у женщин; стойкие нарушения сна; улучшение состояния на фоне приёма антидепрессантов.

В целях изучения клинических особенностей и совершенствования методов диагностики депрессив-

ных расстройств у пациентов общей клинической практики, сотрудниками Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан (РНПЦ ППН МЗ РК) проведено клинико-эпидемиологическое исследование по выявлению депрессивных расстройств у лиц, обращающихся в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) г. Алматы и Алматинской области [4]. Общее количество обследованных лиц составило 1350 человек, клинические признаки депрессивных расстройств были выявлены у 230 пациентов, что составило 17,1% от общего числа обследованных лиц.

Анализ коморбидности депрессивных расстройств с соматической патологией проводился по 4 заболеваниям, наиболее часто встречавшимся среди обследованного контингента медицинских организаций ПМСП и традиционно относящихся к психосоматическим заболеваниям: артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет (СД) и бронхиальная астма (БА).

Из числа пациентов медицинских организаций ПМСП, у которых были выявлены депрессивные расстройства, вышеуказанные соматические заболевания изолированно или в различных их сочетаниях встречались у 123 больных (53,5%). Наиболее часто у пациентов медицинских организаций ПМСП депрессивные расстройства отмечались у лиц, больных артериальной гипертензией (82 пациента – 66,7%) и ишемической болезнью сердца (67 пациентов – 54,5%), нередко в их сочетании. Реже депрессивные расстройства выявлялись у лиц, больных сахарным диабетом (23 пациента – 18,7%) и бронхиальной астмой (15 пациентов – 12,2%).

Результаты проведенного исследования показали, что «сосуществование» психических и соматических расстройств практически никогда не бывает «независимым». Влияние депрессивных расстройств на клинику и течение соматических заболеваний проявлялось в следующих вариантах:

– этиологический механизм, когда депрессивное расстройство предшествовало соматической патологии, которая развивалась вторично по патогенетическому механизму психосоматического расстройства (14 пациентов – 11,4%);

– сенсibiliзирующий механизм, при котором депрессия являлась эмоциональным фоном, ослабляющим защитные механизмы организма, что располагало к развитию соматической патологии (12 пациентов – 9,8%);

– декомпенсирующий механизм, когда соматическая патология предшествовала депрессии, возникновение которой вызывало обострение хронического соматического заболевания (32 пациента – 26%);

– патопластический эффект проявлялся в искажении типичной картины соматического заболевания, что прослеживалось в нехарактерных для данного соматического расстройства жалобах больного, в полиморфности и изменчивости симптоматики, существенно затрудняющих диагностику соматического заболевания (54 пациента – 43,9%);

– патокинетический эффект заключался в ухудшении динамики соматического заболевания, резистентности к проводимой терапии, что приводило к быстрому истощению компенсаторных возможностей отдельных органов и систем организма больного, неблагоприятному прогнозу соматического заболевания со стойкой утратой трудоспособности (11 пациентов – 8,9%), что показано на рисунке 1.

Изучение влияния депрессивных расстройств на клинику и течение соматической патологии у пациентов ПМСП показало, что наиболее часто (43,9%) депрессивные расстройства влияли на клиническую картину соматической патологии путем усугубления тяжести предъявляемых больными жалоб, что не соответствовало объективным показателям соматического состояния пациентов, т.е. депрессии оказывали *патопластическое влияние* на клинику соматического заболевания. Психогенные депрессии чаще оказывали *декомпенсирующее влияние* (26%), что клинически проявлялось в

Рисунок 1. Механизмы влияния депрессивных расстройств на клинику и течение соматической патологии

объективном ухудшении (декомпенсации) соматического состояния пациентов в условиях психотравмирующих ситуаций.

Таким образом, общим выводом из современных исследований является следующее положение: депрессия должна быть оценена врачом как серьезное осложнение соматического заболевания или независимо существующее от него патологическое состояние, которое надо лечить, чтобы облегчить страдание больного [5].

Этиопатогенез депрессий до настоящего времени окончательно не выяснен. До недавнего времени ведущей теорией, раскрывающей механизмы развития депрессий, была моноаминовая, согласно которой расстройства настроения связывались с нарушением нейротрансмиттерной передачи в серотонинергических структурах мозга. К настоящему времени появились данные, показывающие, что нарушение серотонинергической передачи не играет ключевой роли в развитии депрессии, а только отражает одну из стадий депрессивного «каскада», ведущее значение в котором имеет дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Современными нейрофизиологическими исследованиями доказана важная роль нарушений циркадианного ритма в развитии и течении депрессий [6-8]. Циркадианный ритм управляет нашими внутренними биологическими ритмами, он определяет функционирование всего организма человека, регулируя и направляя множество биологических, физиологических и поведенческих процессов, которые проявляются в разнообразных повседневных функциях человека, включая температуру тела, артериальное давление, колебания настроения и цикл «сон – бодрствование». Эти процессы контролируются биологическими часами, расположенными в гипоталамусе головного мозга человека [9-12].

Симптомы депрессии, обусловленные нарушениями циркадианного ритма, такие как депрессивное настроение, слабость, утрата энергии, влечений или интересов, а также сонливость, оказывают значительное влияние на состояние и качество жизни пациентов, включая снижение уровня профессионального и социального функционирования [13-15].

При депрессиях расстройства циркадианного ритма представлены типом запаздывающей и преждевременной фазы сна. Первая характеризуется трудностями инициации и окончания сна в желаемое (социально приемлемое) время. При сдвиге биологического ритма сон – бодрствование на более раннее время развивается расстройство циркадианного ритма сна по типу преждевременной фазы сна. Для больных с этим нарушением характерны жалобы на ранние утренние и ночные пробуждения с невозможностью дальнейшего засыпания. Ch. Sinton, V. McCarley (2003) установили, что при классических депрессиях отчетливо регистрируется сокращение латентного периода REM-фазы сна [16].

Сон – это функциональное состояние мозга и всего организма человека, имеющее отличные от бодрствования специфические качественные особенности деятельности центральной нервной системы и соматической сферы, характеризующееся торможением активного взаимодействия организма с окружающей средой и неполным прекращением сознательной психической деятельности. Сон и бодрствование являются функциональными состояниями человека, они тесно взаимосвязаны, и рассматривать их следует в едином цикле [17].

Эпидемиологические исследования показывают, что около 14% больных, обращающихся за помощью к врачам общей практики, предъявляют жалобы на бессонницу. Бессонница (инсомния) – это повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся, несмотря на наличие достаточного количества времени, и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной активности и деятельности. К диагностическим критериям нарушений сна относится присутствие постоянно (более месяца) или периодически (более трех месяцев) трех или более из следующих 7 признаков: 1) требуется более 30 минут, чтобы заснуть; 2) всю ночь в голову «лезут мысли»; 3) страх перед невозможностью заснуть; 4) частые пробуждения в течение ночи; 5) ранние пробуждения и невозможность повторного засыпания; 7) сниженный фон настроения и депрессия; немотивированная тревога, страх.

В зависимости от синдромальной структуры депрессивных расстройств, нарушения сна имеют некоторые особенности. С позиции современных взглядов на клиническую типологию депрессий В.Н. Краснов [18] выделяет их следующие основные варианты: тоскливо-заторможенные, тревожно-ажитированные и тоскливо-апатические.

Тоскливо-заторможенные депрессии относятся к истинным меланхолическим депрессиям в их традиционном понимании [19, 20]. Для них характерна витализация депрессивного аффекта с необычайно тягостным, несопоставимым с обыденным опытом, тоскливым изменением настроения, вплоть до непереносимой боли, тяжести или жжения в груди, с заторможенностью и угнетением витальных влечений (либидо, аппетита). У этих больных содержание переживаний определяется идеями малоценности, самоуничижения, самообвинения, иногда осуждения. Возможны сверхценные и бредовые идеи ипохондрического содержания. К эмоциональным нарушениям при тоскливых депрессиях относятся также ангедония – отсутствие привычного чувства удовольствия и психическая анестезия – «чувство утраты чувств». Анестезия витальных эмоций нередко проявляется отсутствием чувства сна – отсутствием ощущения отдыха и бодрости при пробуждении, что является частым предметом жалоб этих больных.

Таким образом, для расстройств сна при тоскливо-заторможенных депрессиях характерны сокращение его длительности и раннее утреннее пробуждение с углублением подавленного настроения в утренние часы и переживаниями «первичного чувства вины», лишённого каких-либо объяснений и идеаторной разработки. У некоторых больных ухудшение настроения и общего самочувствия возникает после дневного сна.

Тревожно-ажитированные депрессии характеризуются преобладанием в клинической картине депрессивного аффекта ощущений внутреннего беспокойства, напряженности, которые больные характеризуют как состояние «натянутой струны внутри», «клокотания», «жжения» и др. Переживания тревоги в этих случаях отличаются постоянством, смещением наибольшей выраженности к определенному времени суток, не только к утренним, но и к вечерним часам. В отличие от тоскливых депрессий, сопровождающихся гипостезией, для тревожных депрессий, характерна гиперестезия – усиление яркости чувственного тона восприятия. Как правило, обостряется восприятие неприятных и нежелательных ощущений (запахов, звуков и т.п.), которые становятся раздражающими, усугубляющими общее подавленное настроение. Эти пациенты становятся гиперчувствительны к ранее малозначимым психотравмирующим ситуациям с длительной фиксацией на любых эмоционально отрицательно окрашенных переживаниях, которые характеризуются проекцией в будущее их предполагаемой вины, нанесения ущерба окружающим, ожидание неопределенной беды, несчастья, катастрофы.

Расстройства сна при тревожных депрессиях преимущественно проявляются в трудностях засыпания, поверхностном сне с частыми пробуждениями и кошмарными сновидениями. Больные жалуются на невозможность заснуть из-за наплывов неприятных тревожных мыслей, опасений, что не смогут заснуть, неопределенных предчувствий и страхов. У таких больных часто формируется ограничительное поведение. Больные с тревогой ждут наступления ночи, боятся ложиться спать, страшась «умереть во сне», «уснуть и не проснуться», «провести кошмарную ночь», что вызывает стойкую инсомнию. Главным проявлением этой формы инсомнии (психофизиологическая инсомния) является «страх сна», точнее страх в очередной раз не заснуть. Постепенно формируется негативная ассоциация, когда сама мысль о необходимости ложиться в постель приводит к мозговой активации. Стойкие расстройства сна значительно ухудшают не только психическое, но и соматическое состояние этих пациентов.

Тоскливо-апатические депрессии характеризуются сочетанием подавленного настроения с отсутствием побуждений к деятельности. У этих пациентов апатия развивается как мотивационное угнетение в рамках собственно аффективного расстрой-

ства, то есть с переживанием недостатка заинтересованности в любой или слабо значимой деятельности. Для этих пациентов характерно нарастание замкнутости, отгороженности, сужение круга интересов и общения. Расстройства сна при тоскливо-апатических депрессиях наиболее часто проявляются в форме гиперсомнии. Достаточно продолжительный ночной сон не приносит этим больным желаемой бодрости, и общая заторможенность и сонливость остаются на протяжении всего дня, при этом они могут предъявлять жалобы на полное отсутствие сна в течение многих ночей, что является проявлением псевдоинсомнии. Основным симптомообразующим фактором в данном случае является нарушение восприятия собственного сна, связанное с особенностями ощущения времени в ночное время вследствие депрессии. Однако при объективном полисомнографическом исследовании сон не только присутствует, но его продолжительность превышает 8 часов (искаженное восприятие сна или «агнозия сна», «ипохондрия сна»). Из-за стойких нарушений сна такие пациенты часто не в состоянии полноценно трудиться, становятся обузой для близких людей.

Для лечения депрессивных расстройств в настоящее время широко применяются психотропные препараты с преимущественным воздействием на патологически сниженное настроение, так называемые тимоаналептики или антидепрессанты. Несмотря на значительный прогресс в терапии депрессий, связанный с широким применением современных антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗС, СИОЗСН), симптомы депрессии, обусловленные нарушением циркадианных ритмов, не всегда в достаточной степени реагируют на терапию и часто стойко сохраняются, повышая риск рецидива [21-24], что вызвало необходимость разработки новых подходов к их эффективной терапии. Современные нейрофизиологические исследования, установившие ведущую роль дезорганизации циркадианных ритмов в патогенезе депрессий, позволили разработать новые подходы к их терапии с использованием мелатонинергических антидепрессантов.

В связи с этим первой инновацией в терапии депрессий за последние 10 лет явился новый антидепрессант, действующим началом которого является агомелптин – агонист мелатонинергических МТ1/МТ2 рецепторов и антагонист рецепторов 5-НТ2С, запускающий каскад восстановительных реакций в гипоталамусе. Этот препарат, имитируя эффекты эндогенного мелатонина, способен регулировать и синхронизировать циркадианные ритмы, что определяет его высокую эффективность при депрессивных состояниях любой степени тяжести [25-27].

Уникальный механизм действия агомелатина обеспечивает широкий спектр антидепрессивной эффективности с редукцией не только ядерных сим-

птомов депрессии (стойко подавленное настроение, идеи самоуничтожения, виновности), но и с коррекцией симптомов, которые обычно остаются без изменений или даже ухудшаются при терапии другими антидепрессантами, в первую очередь нарушения цикла сон-бодрствование, ангедония, утрата влечений или интересов [28, 29].

Агомелатин, разрывая замкнутый порочный круг взаимного неблагоприятного влияния депрессий на сон и расстройств сна на клинику и течение депрессий, обеспечил новый клинический подход к терапии депрессивных расстройств с позиции комплексного регулирования циркадианного ритма сон-бодрствование [30], превосходя по своей эффективности другие современные антидепрессанты (СИОЗС и СИОЗН)

Согласно клиническим исследованиям, проведенным Kasper S., Najak G., Wulff K., et al. [31], уже на второй неделе терапии процент пациентов, ответивших на лечение, среди лиц, принимающих агомелатин (Вальдоксан), в два раза выше в сравнении с пациентами, получающими препарат из группы СИОЗС (Сертралин). Результаты 6-недельного рандомизированного двойного слепого исследования с участием более 300 пациентов с умеренной или тяжелой депрессией показали, что агомелатин (Вальдоксан) обеспечивает достоверно более выраженное улучшение баллов Шкалы тревоги Гамильтона (HARS) в сравнении с СИОЗС (Сертралином): различия в 2,34 балла ($P=0,017$). Кроме того, преимущество агомелатина (Вальдоксана) над СИОЗС (Сертралином) проявлялось в динамике средних баллов подшкал HARS для оценки психической тревоги (различия в 1,26 балла; $P=0,031$) и соматической тревоги (различия в 1,00 балл; $P=0,028$). Авторы отмечают, что по выражению самих пациентов, принимающих агомелатин, они впервые за весь период заболевания обретают способность испытывать удовольствие, более мотивированы продолжать лечение, что обеспечивает оптимальный результат в терапии депрессии.

Hale A., Corral R.M., Mencacci C. [32] получили дополнительные доказательства более мощного, чем у СИОЗС, антидепрессивного эффекта агомелатина в рамках международного 8-недельного рандомизированного двойного слепого исследования с участием более 500 пациентов с тяжелой депрессией непсихотического уровня. Пациенты с тяжелой депрессией по критерию суммарного стартового балла 17-пунктовой Шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D-17) ≥ 25 (средний стартовый суммарный балл 28,6) и балла Шкалы общего клинического впечатления – Тяжесть заболевания ≥ 4 (средний стартовый балл 5,0) получали терапию агомелатином (Вальдоксаном) или СИОЗС (Флуоксетином) в течение 8 недель. Средняя редукция суммарного балла HAM-D-17 была достоверно более выраженной при использовании агомелатина (Вальдоксана)

в сравнении с СИОЗС (Флуоксетином) – $P=0,024$. Более того, доля респондеров по критерию 1 или 2 балла по Шкале общего клинического впечатления – «Улучшение» (CGI-I) была достоверно более высокой в группе агомелатина (Вальдоксана) в сравнении с группой СИОЗС (Флуоксетина): 77,7% против 68,8% ($P=0,023$). Различия между терапевтическими группами по степени улучшения состояния пациентов в соответствии с баллами CGI-S фиксировались психиатрами через 2 недели терапии со статистически достоверным превосходством агомелатина ($P=0,035$).

Исследованиями, проведенными в 2007 г. Lemoine P., Guilleminault C. et al. [33], доказано, что применение агомелатина оказалось более эффективным в отношении основных показателей качества жизни пациентов с депрессией, таких как «хорошее самочувствие», «активность в дневное время», «качество сна» по сравнению с широко используемой в настоящее время терапией депрессий селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Установлено, что 12-недельная терапия агомелатином (Вальдоксаном) обеспечивает более высокие доли пациентов в ремиссии в сравнении с СИОЗСН (Венлафаксином), позволяя достичь ремиссии у трёх из каждых четырёх пациентов (73%) [34]. Важно, что терапия агомелатином предоставляет пациентам наилучший шанс выздоровления от депрессии, поскольку сочетает в себе высокую эффективность, стойкость эффекта на протяжении длительного времени с защитой от потенциальных рецидивов и повторных эпизодов.

Kasper S., Hale A. et al. в 2008 году выполнили мета-анализ объединённых данных, полученных у пациентов с депрессией, получавших терапию СИОЗС (Флуоксетин, Сертралин или Эсциталопрам), СИОЗСН (Венлафаксин) или агомелатином (Вальдоксан) [35]. В подгруппе пациентов с тяжёлой депрессией (стартовый суммарный балл HAM-D-17 ≥ 25), из которых 499 пациентов получали агомелатин (Вальдоксан) и 514 пациентов получали СИОЗС/СИОЗСН в течение 6-8 недель, установлено достоверное превосходство агомелатина (Вальдоксана) по выраженности редукции суммарного балла HAM-D-17 ($P=0,014$). Кроме того, доля респондеров (по критерию редукции стартового суммарного балла HAM-D-17 на $\geq 50\%$) также была больше при терапии агомелатином в сравнении с СИОЗС/СИОЗСН (71,5% против 65,3% соответственно; $P=0,005$). Важно отметить, что подобное уникальное преимущество агомелатина не связано с ухудшением переносимости терапии, поскольку процент пациентов, преждевременно исключённых из исследования из-за нежелательных явлений, был ниже при терапии агомелатином, чем при использовании СИОЗС/СИОЗСН (6,3% против 10,5%; $P=0,0058$).

Агомелатин обеспечивает быстрое и эффективное уменьшение не только основных симптомов

депрессии, но и сопутствующей ей тревоги. Мета-анализ трех рандомизированных исследований (Loo et al, 2002; Kennedy and Emsley, 2006; Olie and Kasper, 2007) [26, 27, 29], посвящённых изучению эффективности агомелатина (Вальдоксана) при лечении больных с тревожно-депрессивными расстройствами (358 пациентов) показал, что данный препарат статистически достоверно ($P < 0,001$) является высокоэффективным средством в отношении купирования сопутствующих депрессии как психического, так и соматического компонентов тревоги.

Синхронизируя циркадные ритмы, агомелатин уже к концу 1-й недели терапии восстанавливает нормальную структуру сна во всех его 4-х циклах, что клинически проявляется в облегчении процесса засыпания, глубине, продолжительности сна и пробуждении с чувством бодрости, сохраняющемся в течение всего последующего дня и повышающем дневную активность [36]. В исследованиях G.M. Goodwin et al. [37] показано, что агомелатин (Вальдоксан), при поддерживающей терапии в дозе 25 мг в сутки, способен обеспечить длительную ремиссию у 80% депрессивных больных, значительно повышая их качество жизни.

Безопасность агомелатина доказывается отсутствием его влияния на артериальное давление (АД), показатели ЭКГ, уровень гликемии, показатели липидного обмена, что в совокупности с минимальными взаимодействиями с другими препаратами, обеспечивает его широкое применение не только в

психиатрической, но и общей медицинской практике. Он не вызывает синдрома отмены, зависимости, что является его существенным преимуществом перед транквилизаторами, которые в настоящее время широко используются для коррекции расстройств сна. Агомелатин не вызывает сексуальной дисфункции, скорее наоборот, в процессе терапии агомелатином восстанавливается ослабленная при депрессии сексуальная функция.

Удобство применения агомелатина заключается в однократном приёме на ночь (25-50 мг), практическое отсутствие побочных эффектов, хорошая переносимость и безопасность обеспечивают приверженность к данному виду терапии пациентов, что является залогом благоприятного прогноза депрессивных расстройств.

Таким образом, доказанная связь депрессии с суицидом, её неблагоприятное влияние на течение и прогноз многих соматических заболеваний, увеличение показателей смертности, а также большой положительный опыт по лечению депрессий врачами общей практики во многих странах мира, являются важными доказательствами к необходимости выведения её из «диагностических невидимок» на арену общемедицинской практики. Современные научные данные и общая тенденция в оказании помощи пациентам, обращающимся в различные звенья здравоохранения по поводу тех или иных страданий, предполагают диагностику и лечение депрессивных расстройств, начиная с первичной медицинской сети.

Список литературы:

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. – М., 2001. – 252 с.
2. Корнетов Н.А. Психологический кризис, депрессия и суицидальное поведение: интеграция усилий: Матер. научн.-практ. конф. – Томск: Изд-во Том. универ-та, 1999. – 124 с.
3. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русский язык и под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю.Циркина. – СПб.: Адис, 1994.
4. Алтынбеков С.А., Распопова Н.И., Дулякин Е.Б. Депрессивные расстройства у пациентов общей медицинской практики и новые возможности их эффективной терапии: Методические рекомендации. – Алматы, 2010. – 36 с.
5. Montano B.C. Recognition and Treatment of Depression in a Primary Care Setting. // J. Clin. Psychiatry. – 1994. – Vol. 55, Suppl. 12. – P. 18-34.
6. Wehr T.A., Wirz-justice A. Circadian rhythms mechanisms in affective illness and in antidepressant drug action. Pharmacopsychat. 1982; 15: 31-9.
7. Арушанян Э.Б. Эпифиз и депрессия. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Крсакова. 1991; 91(6): 108-112.
8. Андрушкявичус С.И. Циркадианные изменения параметров вегетативной активности при депрессиях. // Социальная и клиническая психиатрия. 2005; 3: 11-5.
9. McClung CA. Pharmacol Ther. 2007; 114: 222-232.
10. Peeters F., Berkhof J., Delespaul P., Rottenberg J., Nicolson N.A. Emotion. 2006; 6: 383-391.
11. Souetre E., Salvati E., Belugou J.L., et al. Psychiatry Res. 1989; 28: 263-278.
12. Van Someren E.J., Riemersma-Van Der Lek R.F. Seep Med Rev. 2007; 11: 465-484.
13. Nutt D., Wilson S., Paterson L. Dialogues Clin Neurosci. 2008; 10: 329-336.
14. Kennedy S.H., Eisfeld B.S., Cooke R.G. J Psychiatry Neurosci. 2001; 26 (suppl): S23-28.
15. Mintz J., Mintz L.I., Arruda M.J., Hwang S.S. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49: 761-768.
16. Sinton Ch., McCarley V. Neurophysiology and neuropsychiatry of sleep. Neuropsychiatry (Eds. R.B. Schiffer, S.M. Rao, P.S. Fogel). Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins, 2003: 235-394.

-
-
17. Ромасенко Л.В., Артюхова М.Г., Абрамова И.В., Шанаева И.А. Расстройства сна различного генеза у больных сердечнососудистыми заболеваниями: Методические рекомендации. – М., 2011. – 22 с.
 18. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. – М., 2011. – 431 с.
 19. Schneider K. *Klinische Psychopathologie. 3 Aufgabe.* Stuttgart; G. Thieme Verlag, 1950.
 20. Weitbrecht H.J. *Psychiatrie im Grundriss. 3 Aufg.* Berlin; Springer Verlag, 1973.
 21. Anseau M., Demyttenaere K., Heyrman J., Migeotte A., Leyman S., Mignon A. *EurNeuropsychopharmacol.* 2009; 19: 169-176.
 22. Paykel E.S., Ramana R., Cooper Z., Hayhurst H., Kerr J., Barocka A *Psychol Med.* 1995; 25: 1171-1180.
 23. Paykel ES. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008;10:431-437.
 24. Nierenberg A.A., Husain M.M., Trivedi M.H., et al. *Psychol Med.* 2010; 40: 41-50.
 25. Murray G.J. *Affect Disord.* 2007; 102: 47-53.
 26. Peeters F., Berkhof J., Delespaul P., Rottenberg J., Nicolson N.A. *Emooton.* 2006; 6: 383-391.
 27. Loo H., Hale A. D'haenen H. *Int Clin Psychopharmacol.* 2002; 17: 239-247.
 28. Kennedy S.H., Emsley R. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006; 16: 93-100.
 29. Lemoine P., Guilleminault C., Avarez E. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1723-1732.
 30. Olie J.P., Kasper S. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2007; 10: 661-673.
 31. *WPA Bulletin on Depression.* 2007. Vol. 11, № 33.
 32. Kasper S., Hajak G., Wulff K., et al. *J Clin Psychiatry.* 2010; 71: 109-120.
 33. Hale A., Corral R.M., Mencacci C., Saiz-Ruiz J., Albarran-Severo C., Gentil V. *Int Clin Psychopharmacol.* 2010; 25: 305-314.
 34. Lemoine P., Guilleminault C., Avarez E. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1723-1732.
 35. Lam R.W. *Int Clin Psychopharmacol.* 2007; 22 (suppl 2): S21-S25.
 36. Kasper S., Hale A., Lemoine P., Quera Salva M.A. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2010; 20 (Suppl 3): S348.
 37. Quera Salva M.A., Vanier B., Laredo J., Hartley S., Chapotot F., Moulin C., Lofaso F., Guilleminault C. *Major depressive disorder, sleep EEG and agomelatine: an open-label study.* *Int J Neuropsychopharmacol.* 2007; 10: 691-696.
 38. Goodwin G.M. et al. *Long-term efficacy of agomelatine, a novel antidepressant, in prevention of relapse in out-patients with Major depressive disorder.* *Eur Neuropsychopharmacol.* 2007 vol. 17.
-
-

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

УДК 616.89

О МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ В ПРОЕКТЕ «ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ И ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ В ИЗБРАННЫХ ГОРОДАХ УКРАИНЫ (КИЕВЕ, ПОЛТАВЕ, ХАРЬКОВЕ) И РАЗРАБОТКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОГО НАУЧНО-ОБОСНОВАННОГО И ИНТЕГРИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ НАРКОЗАВИСИМОСТИ, ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ»

А.Л. Катков

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

Введение

В рамках общего проекта ЮНОДК по эффективной профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения в Восточной Европе и Центральной Азии нами проводилось исследование по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины.

На первом (кабинетном) этапе данного исследования была разработана общая методология, оценочные инструменты и алгоритмы их использования.

Ниже приводится описание данного методологического подхода, который может быть использован при проведении аналогичных исследований в РК.

Основные цели, задачи, этапы и результаты исследования

Основная цель:

– проведение дифференцированной оценки потенциала системы наркологической помощи в исследуемых городах (структурных, технологических, ресурсных характеристик, механизмов координации с партнерскими организациями и пр.) во взаимосвязи с имеющимися уровнями распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа, идентификация основных дефицитов и пробелов в организации профильной помощи;

– разработка концептуальных моделей предоставления комплексных и интегрированных услуг по лечению наркозависимых лиц и профилактике ВИЧ, адекватных особенностям каждого из пилотных городов и детализированного плана внедрения этих моделей.

Задачи:

1) оценка целевых групп (в том числе наиболее приоритетных), нуждающихся в эффективной наркологической помощи;

2) подготовка ресурсной карты организаций, учреждений и сервисов (в том числе ВИЧ-связан-

ных сервисов), имеющих отношение к системе наркологической помощи, и схемы предоставляемых данными организациями профильных услуг;

3) проведение аудита спроса на основные классы услуг по оказанию наркологической помощи, включая эффективную профилактику распространения ВИЧ/СПИДа среди приоритетных целевых групп;

4) проведение полуструктурированных интервью с ключевыми партнерами, действующими в сфере оказания наркологической помощи и профилактики ВИЧ, по вопросам определения: ожиданий от современной системы наркологической помощи; сильных и слабых сторон действующей схемы предоставления профильных услуг; неудовлетворенных потребностей и дефицитов в данной сфере; предпочтительных способов и механизмов компенсации и преодоления данных дефицитов; вариантов оценки эффективности системы наркологической помощи и профилактики ВИЧ/СПИДа;

5) проведение специальных фокус-групп с ключевыми партнерами для определения их ожиданий от услуг, предоставляемых системой наркологической помощи и связанными с ней сервисами;

6) подготовка промежуточного отчета с анализом недостатков действующей системы предоставления услуг, рекомендациями по главным преобразованиям данной системы в условиях финансового и кадрового дефицита;

7) разработка научно-обоснованных рекомендаций по увеличению охвата нуждающихся групп населения эффективными технологиями наркологической помощи;

8) проведение анализа отзывов ключевых партнеров (руководителей различного уровня; профессионалов, действующих в системе наркологической помощи и профилактики распространения ВИЧ/СПИДа; потребителей профильных услуг) о подготовленных предложениях и рекомендациях;

9) разработка итогового проекта программы внедрения скорректированных рекомендаций с оп-

ределением конкретных мероприятий, необходимых ресурсов и временных рамок.

Этапы исследования:

– *кабинетный этап* (изучение предварительной информации, имеющихся статистических данных; уточнение ключевых специалистов и групп, графика рабочих встреч и др.), связанный с разработкой конкретной исследовательской методологией – 10 дней;

– *полевой этап* – проведение сбора и первичной обработки информации в трёх исследуемых регионах; проведение планируемых встреч, фокус-групп и других запланированных мероприятий) – 15 дней;

– *аналитический этап* – проведение многоуровневого анализа информации, полученной в результате полного набора оценочных инструментов (см. в разделе «Инструменты исследования»), с идентификацией системного дефицита по основным параметрам организации системы наркологической помощи в оцениваемых регионах – 16 дней;

– *этап подготовки предварительного оценочного отчета* и экспериментальной программы по реформированию региональной системы наркологической помощи – 5 дней;

– *этап переработки предварительного отчета* на основании полученной обратной связи от основных партнеров, задействованных в ходе проведения настоящего исследования – 7 дней;

– *заключительный этап* – подготовка и презентация итогового отчёта и программы реформирования региональной системы наркологической помощи – 7 дней.

Результаты

1. Первичный отчёт по реализации кабинетного этапа с полным описанием методологии и основных инструментов исследования.

2. Предварительный оценочный отчёт с анализом полевого этапа исследования и описанием рекомендаций и предложений по реформированию региональной наркологической помощи.

3. Финальный отчёт, составленный с учётом детализированных рекомендаций привлекаемых специалистов и партнёров.

Основные инструменты исследования и методология сбора информации

Используемые инструменты исследования разработаны на основании:

– технического задания для консультанта по проведению оценки потребностей и потенциала системы лечения наркозависимости (наркологии) в выбранных городах Украины и разработки концептуальной модели комплексного научно-обоснованного и интегрированного подхода к лечению наркозависимости, профилактике ВИЧ и уходу для по-

требителей наркотиков (проект ЮНОДК ХСЕА01 – Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии);

– подходов ВОЗ и ЮНОДК в сфере предоставления услуг наркологического профиля, рекомендуемых развитие интегрированной, комплексной и безопасной модели лечения наркозависимых лиц, в частности, формирования пирамиды услуг с наиболее широкой представленностью низкопороговых и доступных технологий наркологической помощи, реализации максимального количества услуг по одному адресу (One –stop – shop);

– подходов по дифференцированной оценке выделяемых секторов и этапов наркологической помощи, разработанной Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН);

– «Временного отраслевого классификатора медицинских процедур (услуг) и хирургических операций», отдельного раздела «наркологические процедуры (услуги), утверждённого МОЗ Украины;

– «Стандартов качества для услуг по лечению наркозависимых и оказанию наркологической помощи» (ООН, 2012), разработанных в рамках реализации международного проекта «TREATNET» ЮНОДК, в частности, «Вопросника для оценки услуг и программ по лечению наркозависимости».

Основной принцип подготовки инструментария, используемого в настоящем исследовании, – максимальное раскрытие и реализация задач, изложенных выше.

В настоящем исследовании будут использованы следующие инструменты:

1) *Базовый опросник* по оценке потенциала организаций (учреждений), оказывающих услуги наркологического профиля, включая профилактику распространения ВИЧ/СПИДа (БООНО) – аббревиатура заглавных букв сокращённого названия опросника «Базовый опросник оценки наркологических организаций».

Настоящий опросник будет использоваться в 5 вариантах:

– *вариант А* – для оценки потенциала учреждений и организаций, оказывающих услуги на уровне (этапе) первично-профилактической наркологической помощи;

– *вариант Б* – для оценки потенциала учреждений и организаций, реализующих технологии уровня (этапа) первичной наркологической помощи;

– *вариант В* – для оценки потенциала учреждений и организаций, реализующих технологии этапа амбулаторного лечения и реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ);

– *вариант Г* – для оценки потенциала учреждений и организаций, реализующих технологии этапа стационарного лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ;

– вариант Д – для оценки потенциала учреждений и организаций, реализующих технологии этапа противорецидивной и поддерживающей терапии лиц, зависимых от ПАВ.

Каждый вариант БООНО содержит 5 разделов, ориентированных:

- 1) на картирование структуры учреждений, оказывающих профильные услуги на оцениваемом этапе наркологической помощи;
- 2) на картирование специалистов, реализующих соответствующие технологии;
- 3) на картирование технологий (услуг), реализуемых на соответствующем этапе наркологической помощи;
- 4) на картирование характера взаимодействия, координации организаций и учреждений различной ведомственной принадлежности, реализующих оцениваемые этапы наркологической помощи;
- 5) на идентификацию основных препятствий в повышении эффективности деятельности конкретных учреждений на оцениваемом этапе наркологической помощи;
- 6) на идентификацию обоснованных предложений по устранению или минимизации этих препятствий;
- 7) на картирование нормативных документов, регламентирующих деятельность оцениваемых организаций и учреждений и имеющих отношение к действующему в той или иной форме профессиональному стандарту в сфере оказания наркологической помощи.

Каждый из вариантов многоцелевого опросника БООНО заполняется ключевым специалистом в рассматриваемом секторе услуг. Всего реализуется картирование по вышеназванным параметрам с помощью опросника БООНО до 25 ключевых организаций и учреждений в каждом оцениваемом регионе (по 3-5 профильных организаций и структур, действующих на каждом из идентифицированных этапов наркологической помощи).

Таким образом, использование данного инструмента позволяет выполнить задачи 2, 6, 7 настоящего проектного задания и существенно продвинуться в выполнении задачи 3 в части оценки способности действующей системы наркологической помощи к покрытию определенных потребностей целевых групп в специфических видах наркологической помощи.

2) *Сводная карта* структурных характеристик системы наркологической помощи в оцениваемых регионах Украины (города Киев, Полтава, Харьков).

Настоящий инструмент позволяет выстраивать целостную картину структуры наркологической помощи в исследуемых регионах, дифференцированной по 5 уровням. Использование Сводной карты дополняет информацию, получаемую из опросника БООНО, и позволяет составить полную карту профильных услуг, частоты и объема их реализа-

ции, характеристик покрытия потребностей в данных услугах. Так, например, при сопоставлении истинных количественных характеристик целевых групп с данными по охвату наиболее востребованными видами наркологической и профилактической помощи, выявляется степень дефицитарности определяемых классов услуги и соответствующих структур, реализующих данные виды помощи.

Такая возможность обеспечивается тем обстоятельством, что первая – общая – часть Сводной карты представлена данными репрезентативных эпидемиологических исследований, показывающими истинные масштабы распространения наркозависимости и ВИЧ и детализирующими разницу между эпидемиологическими и официальными статистическими показателями. Кроме того, в данной части должны быть приведены сведения о численности наиболее проблемной, с точки зрения рисков инфицирования ВИЧ, группы потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), вообще не охваченных какими-либо видами наркологической помощи.

Вторая часть карты ясно демонстрирует, в каких объемах (в показателях охвата) реализуются основные классы профильных услуг, и позволяет идентифицировать основные дефициты действующей системы наркологической помощи в сфере конечного продукта – реализуемых технологий наркологической помощи.

Таким образом, использование инструмента Сводной карты структурных характеристик системы наркологической помощи – в совокупности с данными, полученными с помощью опросника БООНО – позволяют выполнить задачу 1 настоящего проекта – полностью закрыть основополагающую задачу 2 и существенно продвинуться в решении задачи 3 по оценке спроса на основные классы услуг наркологического профиля.

3) *Специально разработанные анкеты*

– *Анкета по изучению отношения к технологиям первичной профилактики вовлечения в химическую (алкоголизм, наркомания) зависимость*

С помощью данного инструмента определяется потребность в технологиях первично-профилактической наркологической помощи, используемых или предлагаемых к использованию на соответствующем этапе. Анкета заполняется двумя группами резидентов – учащимися старших классов средних школ и их родителями. Анкетирование проводится при поддержке основного партнера по проведению настоящего исследования – школьного психолога или специального педагога. В каждой из охватываемых школ (по 2-3 в регионе) предполагается заполнить по 20 анкет двумя группами респондентов.

– *Анкета по изучению отношения к технологиям наркологической помощи*

С помощью данного инструмента определяется потребность в технологиях, реализуемых на 4 этапах

наркологической помощи. Анкета заполняется тремя группами наркопотребителей: 1) потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), в том числе ВИЧ-инфицированными, на сайтах заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ), стационарных пунктах доверия, реализующих программы снижения вреда (по 15-20 анкет на каждом избранном сайте или пункте, всего 60-70 анкет по данной группе на регион); 2) наркозависимыми работницами коммерческого секса с помощью соответствующих неправительственных организаций (НПО) и ассоциаций (30-40 анкет по данной группе на каждый регион); 3) лицами, зависимыми от наркотиков, в том числе ВИЧ-инфицированными, проходящими курсы лечения в дневном стационаре и стационарных отделениях наркологического диспансера или больницы (60-70 анкет на каждый регион).

Таким образом, будет определена потребность в наркологических услугах в наиболее проблемных, с точки зрения рисков инфицирования ВИЧ, фокус-группах, и выполняться задачи 1 и 3 исследовательского проекта.

4) *Шкала уровня контроля в сфере распространения наркотической зависимости и сопутствующего ВИЧ/СПИДа РНПЦ МСПН*

Данный инструмент используется для ранжированной оценки итоговой эффективности усилий, противодействующих процессу распространения проблемного потребления и зависимости от наркотиков, сопутствующего ВИЧ/СПИДа.

Оценочная шкала содержит следующие идентифицируемые при соответствующих исследованиях уровни: 1) нулевой уровень контроля (ситуация не исследуется; сведения о распространении наркозависимости и ВИЧ-инфекции хаотичны, недостоверны; возможности эффективного влияния на ситуацию отсутствуют); 2) первый уровень контроля (информация о ситуации неполная; сведения о распространённости наркозависимости и ВИЧ-инфекции собираются нерегулярно из ограниченного количества источников; возможность влияния на ситуацию минимальная – противодействующие усилия не организованы и неэффективны); 3) второй уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная и регулярно обновляемая; возможность влияния на ситуацию ограничена вследствие недостаточного объёма и эффективности противодействующих усилий); 4) третий уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная, регулярно обновляемая; масштабы и эффективность противодействующих усилий сопоставимы с масштабами проблемы и оказывают существенное влияние на ситуацию в плане блокирования и обратного развития тенденций по распространению наркозависимости и сопутствующей ВИЧ-инфекции);

5) *Полуструктурированные интервью с ключевыми партнерами в сфере оказания наркологи-*

ческой помощи и профилактике ВИЧ/СПИДа содержат обсуждение следующих позиций:

- ожидание специалистов и потребителей услуг от современной системы наркологической помощи;
- потребности в модернизации действующей системы наркологической помощи и профилактики ВИЧ/СПИДа;
- обсуждение сильных и слабых сторон действующей схемы предоставления профильных услуг;
- неудовлетворённые потребности, системные и локальные дефициты сферы наркологической помощи и профилактики ВИЧ/СПИДа;
- способы и механизмы компенсации и преодоления данных дефицитов;
- варианты оценки эффективности системы наркологической помощи и профилактики ВИЧ/СПИДа.

Всего в каждом регионе предполагается проведение от 10 до 12 полуструктурированных интервью со следующими ключевыми партнерами:

- руководителями головных наркологических учреждений и центров;
- руководителями СПИД-центров;
- руководителями профильных научных центров и кафедр последипломного образования по профилю наркологических дисциплин;
- руководителями диспансерных отделений (взрослого и детского) наркологических учреждений;
- заведующими реабилитационных отделений и центров;
- руководителями социальных служб для семей, детей и молодежи;
- школьными психологами и социальными педагогами;
- руководителями крупных НПО наркологического профиля, сайтов ЗПТ, ассоциаций людей, живущих с ВИЧ;
- руководством госнаркоконтроля;
- руководством охраны здоровья и медико-социального обеспечения Государственной пенитенциарной службы Украины.

В ходе проведения полуструктурированных интервью (по материалам анализа полученной информации) решается задача 4, и сделаны необходимые шаги в решении задачи 6 исследовательского проекта.

6) *Проведение фокус-групп* с открытой дискуссией по вопросам эффективной организации наркологической помощи и профилактики ВИЧ/СПИДа реализуется с двумя категориями привлекаемых ключевых партнеров: со специалистами, действующими в системе наркологической помощи и профилактики ВИЧ, и потребителями профильных услуг. В каждом исследуемом регионе, таким образом, про-

ведено по две тематические дискуссии, отчёты о которых будут способствовать решению задачи 4 и продвижению в решении задач 6 и 7 исследовательского проекта.

Организация полевых работ

После утверждения настоящей методологии ЮНОДК разработан график полевых работ.

Предварительно главные наркологи городов Киева, Полтавы и Харькова были проинформированы о датах и характере полевых работ в этих городах и желаемых встречах с ключевыми партнёрами, которые необходимо организовать.

Общий алгоритм сбора информации и работы с ключевыми партнёрами был следующим:

1) Встреча с руководством головного наркологического учреждения и заведующим организационно-методологическим отделом (кабинетом). Заполнение Сводной карты структурированных характеристик системы наркологической помощи оцениваемого региона; определение тех структур, в отношении которых будет проводиться оценка вариантов опросника БООНО, а также анкетирование по определению отношения к технологиям наркологической помощи. Далее определяется круг ключевых партнеров системы наркологической помощи, с которыми запланированы встречи в последующие дни; определяются участники открытой дискуссии по вопросам организации наркологической помощи (специалисты, потребители услуг), оговариваются даты и время проведения данных открытых дискуссий. Встреча заканчивается проведением полуструктурированного интервью с руководителями головного наркологического учреждения. В тот же день предполагается заполнение соответствующих вариантов опросника БООНО заведующими диспансерными и стационарными (общим и реабилитационным) отделениями, врачом-наркологом подросткового кабинета, кабинета антиалкогольной и антинаркотической пропаганды, руководителями сайтов ЗПТ, действующих при наркологическом учреждении.

2) Встреча с руководством СПИД-центра и заведующим организационно-методологическим отделом (кабинетом); заполнение Сводной карты структурированных характеристик системы профилактики распространения ВИЧ/СПИДа оцениваемого региона (структур, чья деятельность, так или иначе, сопряжена с системой наркологической помощи); определение тех структур, в отношении которых будет проводиться оценка вариантами опросника БООНО, а также анкетирование ПИН и секс-работниц по определению отношения к технологиям наркологической помощи и профилактики ВИЧ/СПИДа. Определяется круг ключевых партнёров в

сфере профилактики ВИЧ, с которыми будут запланированы встречи в последующие дни. Определяются участники открытой дискуссии по вопросам организации эффективной наркологической помощи и профилактики ВИЧ (специалисты и потребители услуг), согласуются даты и время проведения этих дискуссий с партнерами из профильных наркологических учреждений. Также проводится полуструктурированное интервью с руководством СПИД-центра и руководителями сайтов ЗПТ, действующими при СПИД-центре, специалистами, ответственными за профилактическое направление деятельности. Заполняются соответствующие варианты опросника БООНО.

3) Далее, по договоренности и в соответствии с оговоренными планами действий проводились:

- оценка потенциала избранных учреждений и структур базисным опросником БООНО;
- запланированные встречи с ключевыми партнерами с проведением полуструктурированных интервью;
- групповые дискуссии со специалистами и потребителями профильных услуг;
- анкетирование в приоритетных фокус-группах.

4) О предварительных результатах проделанной работы проинформировано руководство СПИД-центров и головных наркологических учреждений.

Организация аналитической работы

С помощью технического персонала регионального офиса ЮНОДК проводилась статистическая обработка заполненных опросников и анкет с выведением количественных и качественных характеристик системы наркологической помощи в оцениваемых регионах.

На основании полученных данных подготовлен отчет с анализом недостатков действующей системы наркологической помощи и профилактики ВИЧ/СПИДа и обоснованными предложениями по модернизации данной системы, включая увеличение охвата потребителей наиболее эффективными, научно-обоснованными видами помощи (выполнение задач 6 и 7).

Далее, на основании полученных отзывов от ключевых партнёров будет подготовлен итоговый вариант отчёта и разработан проект программы с определением конкретных мер по модернизации системы наркологической помощи и профилактики ВИЧ/СПИДа в соответствии с выработанными рекомендациями (выполнение задач 8 и 9 исследовательского проекта).

Таким образом, настоящая методология позволяет охватить все обозначенные цели и задачи исследования, и обеспечить достижение планируемых результатов.

СПОНДИЛОГЕННЫЕ ДОРСОПАТИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

С.С. Кожобекова

врач – невропатолог ТОО «Медицинский центр Евразия», г. Аксу (Павлодарская обл.), РК

Спондилогенная дорсопатия (СД) – синдром, который в течение жизни возникает у 70-90% людей, причём боль в нижней части спины ежегодно испытывают около 50% населения трудоспособного возраста. Спондилогенная дорсопатия – это одна из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности, особенно у лиц моложе 45 лет. Большинство пациентов получают помощь в амбулаторных условиях и всего 5% из них, согласно данным последних лет, нуждаются в хирургической помощи. Ведущей причиной острой СД является дегенеративное поражение межпозвонковых дисков, связочного аппарата позвоночника, надкостничных и периартикулярных тканей, причём нередко отмечается сочетание указанных причин. Клиническая диагностика СД основывается на установлении характера болей, их связи с физическими (статическими или динамическими) нагрузками, на выявлении триггерных точек и симптомов «натяжения нервных стволов».

Компрессионные синдромы характеризуются иррадиацией боли в зону соответствующего корешка притом, что все функции нерва сохранены. Признаками радикуло-ишемии являются снижение чувствительности в зоне иннервации компримированного корешка, угнетение ахилловых, коленных рефлексов, в тяжёлых случаях – мышечная гипотрофия и снижение мышечной силы. Особого внимания требуют пациенты с клиническими признаками «компрессии» спинного мозга или конского хвоста – элементами спастического пареза нижних конечностей, проводниковыми расстройствами чувствительности, нарушениями тазовых функций.

Как правило, именно такие больные нуждаются в консультации нейрохирурга с обсуждением вопроса о целесообразности оперативного лечения. Хронический болевой синдром может сопровождаться депрессивными тревожными расстройствами. Задачей ведения больного с острой спондилогенной дорсопатией являются:

- максимально полное купирование болей;
- предупреждение хронизации болевого синдрома;
- обеспечение условий для проведения полноценного курса реабилитационных мероприятий;
- профилактика рецидива обострений.

Больным с острым болевым синдромом показано избегать ситуаций, способных спровоцировать обострение болей, однако нежелательно и чрезмерно длительное ограничение физических нагрузок.

Соблюдение постельного режима целесообразно на протяжении 1-3 дней – особенно при наличии корешкового синдрома. Ранняя активизация пациента приводит к сокращению сроков временной утраты трудоспособности и снижению частоты развития ипохондрических и депрессивных расстройств.

Специально подобранные упражнения следует подключать по мере регресса болей. При невозможности ограничения физических нагрузок следует обеспечить временную иммобилизацию соответствующего отдела позвоночника с помощью фиксирующих поясов (корсетов). Одним из основных направлений лечения пациентов с острой болью в спине является применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), способных ингибировать активность циклооксигеназы (ЦОГ) – ключевого фермента синтеза простагландинов, простациклинов и тромбоксанов. Оказывая влияние на болевые окончания в очаге повреждения, простагландины повышают их чувствительность к брадикинину, гистамину, оксиду азота, образующихся в тканях. Препаратом выбора является диклофенак, обладающий мощной обезболивающей и противовоспалительной активностью в сочетании с хорошей переносимостью при отсутствии отрицательного влияния на метаболизм хрящевой ткани.

Эффективны производные оксикамов (артоксан, пироксикам, лорноксикам), анальгетические свойства которых связаны как с подавлением активности ЦОГ, так и с торможением синтеза интерлейкина-6 и оксида азота. Кроме того, обезболивающее действие может быть обусловлено увеличением порога болевой чувствительности рецепторного аппарата и активацией антиноцептивной системы вследствие выработки динорфина и эндорфина.

Артоксан также способствует препятствованию поствоспалительному склерозированию тканей и уменьшению образования грубой рубцовой ткани, снижает активность фибробластов, уменьшает образование поствоспалительных спаек и сужений, поэтому эффективно применяется после операций по удалению грыж межпозвоночных дисков. Производные пропионовой кислоты (ибупрофен, флурбипрофен, кетопрофен) имеют малый период полувыведения (в среднем 4 часа) и характеризуются хорошей переносимостью при относительно низком риске побочных эффектов. По противовоспалительному и противоболевому действию они уступают диклофенаку; их применение показано при умеренно выраженном болевом синдроме.

Современным препаратом, применение которого целесообразно у больных с вертеброгенными дорсопатиями, является флупиртин (катадалон). Препарат является активатором нейрональных калиевых каналов и относится к неопиоидным анальгетикам центрального действия, не вызывающим зависимости и привыкания, купирует как острые, так и подострые болевые синдромы, локальное повышение мышечного тонуса. Наряду с лекарственными методами лечения при ведении больных с вертеброгенными болевыми синдромами широко используются немедикаментозные методы лечения: физиолечение, массаж, мануальная терапия, традиционная акупунктура.

Список использованной литературы:

1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. – М.: Медицина, 2002. – Т. 3.
2. Одинака М.М. Частная неврология. – С-Пб., 2002. – С. 91-97.

ПРОБЛЕМА СТРУКТУРИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ: МЕХАНИЗМЫ ВРЕМЕННОЙ ДЕЗАКТУАЛИЗАЦИИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ (Сообщение 1)

Ф.Б. Плоткин

Городской наркологический диспансер, г. Минск (Республика Беларусь)

*Человек рожден для действия, подобно тому,
как огонь стремится ввысь, а камень падает вниз.
Для человека быть лишенным занятия совершенно
равнозначно тому, чтобы не существовать.*

Вольтер «Философские письма» [15, с. 205]

Известно, что младенцы, лишённые в течение длительного времени физического контакта с людьми, деградируют и, в конце концов, погибают. Подобный феномен можно наблюдать и у взрослых людей в условиях сенсорной депривации. В биологическом плане эмоциональная и сенсорная депривация чаще всего приводят к органическим изменениям или создают условия для их возникновения. Недостаточная стимуляция активирующей ретикулярной ткани мозга может привести, даже косвенно, к дегенеративным изменениям в нервных клетках. Можно предположить, что существует биологическая цепочка, ведущая от эмоциональной и сенсорной депривации через апатию к дегенеративным изменениям и смерти. В этом смысле ощущение сенсорного голода следует считать важнейшим состоянием для жизни человеческого организма, как и ощущение пищевого голода [4, с. 8-9]. «Мы посто-

янно стремимся к взаимодействиям, – констатируют В.В. Макаров и Г.А. Макарова, – так как общение, признание – источники поглаживаний, которые нам физиологически необходимы. И как бы нам ни было страшно, каким бы ни казалось опасным – мы рискуем, потому что одиночества и отверженности боимся ещё более» [31, с. 113].¹

«Признание в нас личности со стороны других представителей человеческого рода делает из нас общественную личность, – утверждает Уильям Джеймс. – Мы не только стадные животные, не только любим быть в обществе себе подобных, но имеем даже прирожденную склонность обращать на себя внимание других и производить на них благоприятное впечатление. Трудно придумать более дьявольское наказание (если бы такое наказание было физически возможно), чем, если бы кто-нибудь попал в общество людей, где на него совершенно не

¹ «Человеку, по-видимому, мало своего собственного общества, – пишет Жан де Лабрюйер, – темнота и одиночество вселяют в него беспокойство, беспричинную тревогу и нелепый страх или в лучшем случае скуку» [28].

обращали внимания. Если бы никто не оборачивался при нашем появлении, не отвечал на наши вопросы, не интересовался нашими действиями, если бы всякий при встрече с нами намеренно не узнавал нас и обходился с нами как с неодушевленными предметами, то нами овладело бы своего рода бешенство, бессильное отчаяние. Здесь облегчением были бы жесточайшие телесные муки, лишь бы при них мы чувствовали, что при всей безвыходности нашего положения мы все-таки не пали настолько низко, чтобы не заслуживать ничьего внимания [21, с. 188]... Лица, мнением которых мы вовсе не дорожим, являются в то же время индивидами, вниманием которых мы не брезгуем» [21, с. 195].² «Экспериментаторы, – указывает Э. Берн, – вполне определенно утверждают, что дезорганизацию вызывает не просто количественная сенсорная депривация, но некий дефект в структурировании, «монотонность», которая приводит к «скуке» [5, с. 93-94]. Структурный голод связан с потребностью избегать скуки. С. Кьеркегор описал различные бедствия, проистекающие от неумения или нежелания структурировать время. Если скука, тоска длятся достаточно долгое время, то они становятся синонимом эмоционального голода и могут иметь те же последствия [4, с. 13]. Описывая базовые физиологические потребности, А. Маслоу признает, что «мы также не знаем, как можно объяснить тот факт, что организм одновременно проявляет склонность к вялости, лени и стремлению поменьше напрягаться, но *наряду с этим* испытывает потребность в активности, стимуляции и возбуждении [33, с. 61].³ Этот же факт отмечает и Э. Фромм: «Наблюдения повседневной жизни показывают, что человеческий организм (так же точно, как и животный) нуждается не только в некотором минимальном отдыхе, но и в некотором (хоть минимальном) количестве волнения (возбуждения). Мы видим, что человек жадно ищет возбуждения и непосредственно реагирует на него» [58, с. 299]. «Наш организм, – по наблюдению Ж. Годфруа, – иногда стремится снизить уровень активации, вызванной появлением какой-либо потребности или информационной перегрузкой, но в то же время он стремится *усилить* активацию, когда она слишком слаба для того, чтобы поддерживать достаточный психический тонус... Психологами Даффи и Хеббом (Duffy, Hebb) в 50-е годы XX века была предложена основанная в значительной мере на законе Йеркса-Додсона (Yerkes-Dodson) теория,

согласно которой организм стремится поддерживать *оптимальный уровень активации*, который позволяет ему функционировать наиболее эффективно» [17, с. 242].⁴ «Я думаю, – делится с нами Э. Фромм, – что на основе нейрофизиологических и психологических показателей можно вывести некоторую закономерность в отношении разных видов стимулирования: чем «проще» стимул, тем чаще нужно менять его содержание или интенсивность; чем уточненнее стимул, тем дольше он сохраняет свою привлекательность и интерес для воспринимающего субъекта, и тем реже он нуждается в переменах. Оказывается, у человека гораздо более сильное возбуждение (волнение) вызывают гнев, бешенство, жестокость или жажда разрушения, чем любовь, творчество или другой какой-то продуктивный интерес» [58, с. 303].

«Наряду с сенсорным голодом и потребностью в признании, – отмечает основоположник транзактного (в некоторых транскрипциях – транзакционного) анализа Э. Берн, – существует также и потребность в структурировании времени, которую мы назвали структурный голод. Структурный голод столь же важен для жизни, как и сенсорный голод. Люди постоянно озабочены тем, как структурировать свое время [4, с. 11–13]... Для большинства людей бывают, тягостны периоды, не структурированные по времени. Необходимость структурирования времени мы объясняем тремя видами влечений или потребностей. Первый – это *стимулирование* или *жажда ощущений*... Второй – это *жажда признания*, стремление к особому рода ощущениям, которые может дать другой человек. Третий – это *жажда структурированности*» (курсив Э. Берна) [4, с. 171–172]. Как правило, формальные ритуалы во время встреч предшествуют полуритуальным беседам на определённые темы; по отношению к последним Э. Берн применяет термин «*времяпровождение*» [4] и определяет его как «серию простых дополнительных транзакций, сгруппированных вокруг одной темы, целью которой является структурирование определённого интервала времени... *Времяпровождение* не всегда легко отличить от деятельности; они действительно часто встречаются вместе. *Времяпровождение* (как способ проводить время) можно рассматривать на социальном и временном фоне с учётом различных степеней сложности. Для различных социальных слоев типичен разный набор *времяпровождений*»

² «Трагикомизм нашего положения в том, – считает писатель Михаил Веллер, – что мы добиваемся признания в глазах людей, чье мнение презираем» [14, с. 66].

³ «Большой проблемой человека является то, что он не может спокойно сидеть в своей комнате», считал Б. Паскаль (цит. по [48, с. 126]).

⁴ «В отличие от человека, – говорит Цицерон устами Веллея, одного из героев своего трактата «О природе богов», – «бог ничего не делает, не обременен никакими занятиями, не берет на себя никаких дел. Он наслаждается своей мудростью и своей добродетелью и знает наверное, что эти величайшие и вечные наслаждения он всегда будет испытывать» [60, с. 76–77].

[4, с. 31]. «Времяпровождения, – замечают Я. Стюарт и В. Джойнс, – обычно проигрываются из эго-состояния Родителя или Ребёнка. При родительском времяпровождении люди высказывают давно известные истины о мире... При времяпровождениях Ребёнка люди обращаются к прошлому и проигрывают мысли и чувства, которые были присущи им в детстве. Обмен информацией на социальном уровне прикрывает главную проблему, а именно то, что Ребёнок избегает ответа на вопрос, что в действительности происходит между членами группы» [50, с. 98]. Развлечения или времяпрепровождение, или пристрастия – это социальный способ, с помощью которого люди со схожими сценариями структурируют свое время [31, с. 296]. По наблюдению В.В. Макарова, «повзрослев, многие люди предпочитают те виды структурирования времени, которые в детстве гарантировали им максимальное количество поглаживаний и позволяли избежать пинков и неприятия. И неохотно прибегают к тем из них, которые сопряжены для них с риском» [31, с. 99]. «Пустому времени, – по мнению И.Г. Фихте, – принадлежит всё то, что служит лишь для времяпрепровождения, или (что совершенно тоже) для простого удовлетворения любопытства, не основанного на серьёзной любознательности. Времяпрепровождение есть в собственном смысле пустое время, которым прерывается время, заполненное серьёзными занятиями» [57 с. 462]. «Для большинства человечества, – заметил известный русский философ Владимир Соловьев, – жизнь есть только смена тяжёлого механического труда и грубо чувственных, оглушающих сознание удовольствий. А то меньшинство, которое имеет возможность деятельно заботиться не о средствах только, но и о целях жизни, вместо этого пользуются своей свободой от механической работы главным образом для бессмысленного и безнравственного времяпровождения» [49, с. 31].⁵ «Недостаток разговоров об очевидном, – по мнению И. Бродского, – в том, что они развращают сознание своей лёгкостью, своим легко обретаемым ощущением полноты» [9, с. 13]. «В светских беседах, – заметил Ф. Ницше, – три четверти всех вопросов и ответов направлены на то, чтобы причинить собеседнику маленькую боль, поэтому так много людей так жаждут общества: оно даёт им сознание их силы. Злоба, проявляясь в таких бесчисленных, но очень небольших дозах, есть могущественное возбуждающее средство жизни» [39, с.65]. Приведём наблюдение М.Ю. Лермонтова по поводу подобного вида общения:

«Как часто, пестрою толпою окружён,
Когда передо мной, как будто бы сквозь сон,

При шуме музыки и пляски,
При диком шёпоте затверженных речей,
Мелькают образы бездушные людей,
Приличьем стянутые маски» [29, с. 220].

А вот признание Арбенина из драмы М.Ю. Лермонтова «Маскарад»:

«Напрасно я ищу повсюду развлечения.
Пестреет и жужжит толпа передо мной...
Но сердцу холодно, и спит воображенье:
Они все чужды мне, и я им всем чужой!» [30, с. 140].

«Приходилось ли вам заметить, читатель, – спрашивает писатель и поэт Игорь Губерман, – сколь похожи и сколь скучны все наши беседы и разговоры? Разве есть в них связная тема? Нет, мы обмениваемся анекдотами. Байками, рассказами, случаями. Притчами, историями, слухами... То ли наше общение стало сейчас иным, то ли слишком мы мало знаем, то есть недостаточно образованы, чтобы долго плести нить беседы, но только факт, что застольные наши, компанейские и дружеские разговоры явственно и безнадежно раздроблены на короткие обрывочные монологи... Сохраняя только ту же череду анекдотов, перекидываясь которыми, как шариками пинг-понга, коротаем мы вечернее время и расходимся, весьма довольные, если было много новых баек. По тому, что рассказывает собеседник, мы даже судим о нём (и не напрасно) и решаем, звать ли его в следующий раз и с кем совмещать, чтобы друг другу не мешали, а стимулировали. Ибо если не будет созвучия, или хотя бы взаимного немешания, то не поможет и водка, без которой мы вообще разучились общаться» [20, с. 70].

«Люди взвинчивают себя говорением, – заметил В.В. Библихин. – В век информации слышен уже почти только крик. Бытие никогда не говорит другим голосом, кроме зова тишины» [6, с. 8].⁶ «Что делает людей общительными, – отметил А. Шопенгауэр, – так это их неспособность переносить одиночество, а в одиночестве – самих себя. Внутренняя пустота и недовольство – вот что гонит их в общество. Их духу не достаёт, упругости для приведения себя в движение. Поэтому они пытаются поднять его вином, и многие этим путём становятся пьяницами. Как раз по той же причине они нуждаются в постоянном возбуждении, и именно в самом сильном, т.е. через подобных себе существ. Известно, что всякие беды легче переносить в сообществе с другими. К числу таких бед, как кажется, люди причисляют и скуку, почему и сходятся вместе, чтобы скучать сообща. Как привязанность к жизни есть, в сущности, только боязнь смерти, так и стремление к общительности основывается, собственно, не на любви людей к об-

⁵ «Владимир Соловьев, – сообщает нам Н.А. Бердяев, – признается самым выдающимся русским философом XIX века... Статья Вл. Соловьева «Смысл любви» – самое замечательное из всего им написанного» [2, с. 165].

⁶ В.В. Библихин – философ, бывший секретарь известного русского философа А.Ф. Лосева, сотрудник Института философии и преподаватель философского факультета МГУ, переводчик трудов М. Хайдеггера на русский язык.

шеству, а на боязни уединения» [66, с. 120-121]. «Каж-
дому, – предупреждал нас С. Кьеркегор, – следует с
большой осторожностью входить в общение с дру-
гими, а в существенную беседу вступать лишь с
Богом да с самим собой» (цит. по [12, с. 204]). «В
конце всякой беседы, – замечает П. Тейяр де Шар-
ден, – вопреки улыбкам, вглубь сердец проникает
тревога, фундаментальная тревога бытия, осознан-
ная или нет» [52, с. 181]. Карен Хорни называла ба-
зисной тревогой «чувство, которым обладает ребё-
нок, будучи изолированным и беспомощным в по-
тенциально враждебном мире» [59, с. 29]. «Страх
ребёнка перед лишением любви оправдан, – заме-
тил К. Рюль, – он зависит от одобрения. Но не для
взрослого человека. С другой стороны: кто из нас
окончательно вырастает из базовой зависимости –
одобрения?» [46, с. 291].⁷

Ещё одним способом структурирования време-
ни является участие в так называемых «играх». Наи-
более чёткая дефиниция игры, на наш взгляд, дана
И.А. Чегловой: «Игра – это цикл манипулятивных
взаимодействий, неосознанно направляемых чело-
веком на переживание привычных эмоций и ощу-
щений с целью подтверждения ранее избранной
жизненной позиции (фиксированной эмоциональ-
ной установкой) и организации своей судьбы» (цит.
по [31, с. 120]). «Игра, – по мнению В.В. Макарова, –
позволяет человеку избегать ситуаций, для участия
в которых у него нет внутренних ресурсов. И таким
образом не создавать этот ресурс, раз уж он не вос-
требуется... Ему важно избегать реальных ситуаций
в жизни, где от него требуется активность, незави-
симость, принятие обязательств, ответственность.
Игра позволяет получить вторичную выгоду... Игры
дают человеку массу способов структурировать
время со своими близкими, знакомыми и малозна-
комыми людьми. И в этом внешнее социальное воз-
награждение. Внутреннее социальное вознагражде-
ние – это мысли и фантазии человека наедине с са-
мим собой, усиливающие экзистенциальную (жиз-
ненную) позицию, систему поглаживаний, сценар-
ные убеждения. И таким образом чувства человека,
подкрепляющие или модифицирующие его эмоци-
ональное состояние, основываются не на реальных
взаимодействиях с людьми, а на его собственных
фантазиях» [31, с. 164]. «Соответственно, всё что
нужно, чтобы преуспеть в игре жизни, – замечает
Томас Сас, – это «играть роль» и получить за неё
социальное одобрение. Многие родители всё ещё
считают эту пустую модель идеалом, которому дол-
жны следовать их дети. Если успешно ей следовать,
она приводит к «пустой» жизни. Когда ребёнок или
молодой человек проигрывают в этой игре, резуль-
тат часто называют «неврозом» или «правонару-

шением». Но, возможно, это в действительности
лишь попытка со стороны сражающегося «я» запол-
нить вакуум и искренне принять участие в игре –
любой «реальной» игре» [47, с. 330]. Дети и про-
стые, плохо образованные люди склонны структу-
рировать и видеть свой мир главным образом в кон-
тексте данных им правил и их противоположностей.
Хотя есть возможность модифицировать правила
или установить новые правила, для этого надо обла-
дать некоей мерой психологической утонченности.
Следовательно, эти альтернативы недоступны ма-
леньким детям и, к сожалению, многим взрослым.
Кроме того, следует подчеркнуть, что, хотя пози-
тивное следование правилам способствует обеспе-
чению межличностной и социальной гармонии, его
одного зачастую бывает недостаточно для удовлет-
ворения человеческих потребностей в части личной
автономии и целостности. Чтобы их удовлетворить,
необходимо следовать своим собственным прави-
лам [47, с. 224]. «Утрата ощущения удовлетворитель-
ной индивидуальной идентичности, – по мнению
Т. Саса, – связано с неизбежной утратой совре-
менным человеком «игр», изученных ранее. Други-
ми словами, современный человек, если он хорошо
образован, не может играть в те же игры, что он
играл в юности, или те, что играли его родители, и
получить от них удовольствие. Культурные условия
меняются так быстро, что почти каждому человеку
приходится иметь дело с проблемой иммиграции,
когда человек *обязан* менять игры, потому что он
переехал из одной страны в другую. Даже те, кто
никуда не уезжает, географически оказывается в
мире, отличном от мира их родителей. Став старше,
они обычно оказываются в мире, отличном от мира
своей юности. В условиях этой дилеммы человек
сталкивается с насущной необходимостью оставить
старые игры и обучиться новым. Если это не удаёт-
ся, они вынуждены играть в новые игры по старым
правилам, поскольку других правил они не знают.
*Этот фундаментальный игровой конфликт приво-
дит к различным жизненным проблемам* (курсив – в
оригинале)» [47, с. 393]. Т. Сас подчёркивает «значи-
мость работы для психологической целостности со-
временного человека, в особенности когда род за-
нятий выбирается самостоятельно и считается со-
циально важным». Для людей, которые не уна-
следовали состояния и поэтому должны работать,
чтобы заработать на жизнь, ситуации, связанные с
работой, являются одним из наиболее важных ис-
точников стабильных игр. Сохраняя интерес к рабо-
те, люди могут играть содержательно, избегая ску-
ки, апатии и связанных с ними угроз, с одной сторо-
ны, а также недооценки своего «я», его объектов и
игр, с другой стороны. Обе эти альтернативы пред-

⁷ По мнению И. Ялома, «страх смерти является первичным источником тревоги [75, с. 50]... Согласно экзистенциальной парадигме, тревога порождается конфронтацией индивида с конечными данностями существования» [75, с. 125]. Как говорили в древности, «*media vita in morte sumus*» – посреди жизни мы пребываем в смерти (лат.).

ставляют источник серьёзной опасности для большинства людей. Можно сказать, что рабочий люд «играет» в игру в работу, тогда как так называемые праздные богачи «работают» ради поддержания интереса к игре. Для последних спорт, путешествия, общественные собрания, филантропия и другие виды деятельности являются своего рода отдушиной для их потребности в играх» [47, с. 367].

Одна из альтернатив решения жизненных проблем, как считает Т. Сас, «...состоит в том, чтобы осознать свои собственные игры и игры других и попытаться достичь компромисса между ними. Это тяжкое предприятие, которое зачастую, в лучшем случае, может иметь лишь частичный успех. Его главное преимущество состоит в том, что гарантируется целостность и достоинство «Я» человека и всех других людей, с кем он взаимодействует. И всё-таки трудности на этом пути таковы, что не следует удивляться тому, что многие предпочитают более лёгкие средства, приводящие, как им кажется, к более выдающимся результатам» [47, с. 306-307]. Как отмечал Б. Паскаль, «на него (человека) обрушиваются столько дел и обязанностей, что от зари до зари он в суете и заботах... Отнимите у него эти заботы, и он начнёт думать, что он такое, откуда пришёл, куда идёт, – вот почему его необходимо с головой окунуть в дела, отвратив от мыслей. И потому же, придумав для него множество важных занятий, ему советуют каждый свободный час посвящать играм, забавам, не давая себе ни минуты передышки» [40, с. 144].

Отметим при этом, что Пьер Жане находил положительное в ритуалах и играх: «Возьмите социальные отношения в салонах: о чём говорят люди, чем заняты? В первую очередь... они заняты захватывающим трудом – упражнением в словах. Речь идёт о языковых играх, работе по составлению рассказа. Салонная жизнь сыграла огромную роль в интеллектуальном развитии и развитии языка» [24, с. 359]. По мнению Э. Берна, «...уже после того, как игры превращаются в фиксированную последовательность стимулов и реакций, их происхождение становится неразличимым за дымкой времени, а скрытые мотивации заволакиваются социальным туманом» [4, с. 48].

Близость представляет собой спонтанное, свободное от игр чистосердечное поведение человека, осознающего окружающее, освобождено, эйдети-чески воспринимающего мир глазами неиспорченного Ребёнка, который со всей искренностью живет в настоящем [4, с. 115]. Чем более развита личность человека, тем больше возможностей для испытания чувства близости [31, с. 106]. «Времяпрепровождения и игры, – пишет Э. Берн, – это, на наш взгляд, только суррогат истинной близости... Только человеческая близость может полностью удовлетворить сенсорный и структурный голод и потребность в признании [4, с. 13]... Повседневная жизнь предоставляет очень мало возможностей для человеческой близости, кроме того, многие формы близости

(особенно интенсивной) для большинства людей психологически неприемлемы» [4, с. 49]. Может быть, поэтому в нашей жизни так мало близости. А для того чтобы в её отсутствие избежать невыносимой скуки, люди заполняют наиболее интересные часы своей жизни изощренными психологическими играми [31, с. 104-105]. Развлечения и игры заменяют реальную близость [5, с. 91]. С экзистенциальной точки зрения, развлечение – это способ избавиться от вины, отчаяния или близости, инструмент, созданный природой или культурой, чтобы смягчить тихое безумие [5, с. 104]. Описывая историю пациентки в своей широко известной работе «Случай Эллен Вест», Людвиг Бинсвангер подчеркивает, что желание заполнить своё время, эта «озабоченность временем» – выдающаяся, особенно яркая характеристика её отчаянной потребности заполнения и её нужды заполнить свою экзистенциальную пустоту [7, с. 445]. «Мы ищем, – отмечает Блез Паскаль, – не того мирного и ленивого существования, которое оставляет сколько угодно досуга для мыслей о нашей горестной судьбе, не военных опасностей и должностных тягот, но треволений, развлекающих нас и уводящих прочь от мучительных раздумий. Вот почему люди так любят шум и движение, вот почему им так непереносимо тюремное заключение и так непонятны радости одиночества... Люди воображают, что обретут покой, если добьются какой-то должности, забывая, как ненасытна их алчность, и чистосердечно верят, что только к этому покою и стремятся, хотя в действительности, ищут одних лишь треволений. Безотчётное чувство толкает их в погоню за мирскими развлечениями и занятиями, и происходит это потому, что они непрерывно ощущают горечь своего бытия. А другое безотчётное чувство – наследие, доставшееся нам от нашей первоначальной, непорочной природы, – подсказывает, что счастье не в житейском водовороте, в покое. Столкновение столь противоречивых чувств рождает в людях смутное, неосознанное желание искать бури во имя покоя, равно как и надежду, что, победив ещё какие-то трудности, и обретут, наконец, вечно ускользающее счастье и проложат путь к душевному умиротворению. Так проходит вся человеческая жизнь» [40, с. 141-142].

Между тем, считает один из крупнейших современных религиозных мыслителей Адин Штейнзальц, «...душевный покой возведён в наше время в ранг жизненного идеала. Религиозные лидеры, психологи, публицисты – все, похоже, солидарны во мнении, что именно он наиболее важен для людей и что именно к нему все стремятся, прежде всего. Причины этого явления обнаружить нетрудно: для современной жизни, особенно в её урбанистическом варианте, характерна политическая, экономическая и социальная нестабильность, вселяющая в людей тревогу и ощущение перманентной опасности. Постоянное напряжение уже давно стало уделом не толь-

ко политиков и управленцев, но и каждого рядового гражданина. Даже те, чья профессия – обеспечение людей душевным комфортом и покоем, лишены их сами. Удовлетворение своих амбиций для достижения того уровня благосостояния и социального статуса, который, как мы полагаем, заслужен нами, требует непрестанной борьбы. Разрушение традиционной системы ценностей и общее недоверие по отношению к существующим структурам власти приводят к конфликтам, как в обществе, так и в наших душах. Отсюда – напряжённость и неудовлетворенность. Беспокойная жизнь утомляет. Едва ли хоть кому-нибудь удастся избежать стрессов со всеми последствиями, которыми они чреватые. Дом, дружба, семья, работа – всё это нестабильно, изменчиво и в лучшем случае является очагом напряжённости и конкурентной борьбы. И нет ничего удивительного в том, что человек, ведущий постоянные сражения на нескольких фронтах и вынужденный всё время быть начеку, мечтает о мире хотя бы с самим собой, ищет возможности расслабиться и успокоиться. Эта почти физиологическая потребность в покое получила обоснование и поддержку со стороны психологии, философии и религии. Напряжение и разнообразные стрессы стали рассматриваться как факторы не просто неудобные или вредоносные, но и приводящие к духовной и нравственной инвалидности. Достижение мира и покоя стало конечной целью существования человека... Покой как бессмысленное убийство времени, бездуховная праздность – пустой сосуд. Если не наполнить её позитивным содержанием, он станет, в лучшем случае, вместилищем всякого хлама, а в худшем – грязи и мерзости. Душевный покой сродни физическому: он не может быть самоцелью. Если напряжение снято, но его место не заняло что-либо конструктивное, – остается пустота, а это зачастую еще хуже, чем то состояние, которое ей предшествовало» [68]. Об этом же писал и Б. Паскаль: «Всего невыносимей для человека покой, не нарушаемый ни страстями, ни делами, ни развлечениями, ни занятиями. Тогда он чувствует свою ничтожность, заброшенность, несовершенство, зависимость, бессилие, пустоту. Из глубины его души сразу выползают беспробудная тоска, печаль, горечь, озлобление, отчаяние» [40, с. 139]. «Может быть, – замечает Эмиль Тардьё, – только люди с большим и тонко развитым, созерцательным умом и имеющие, кроме того, материальные средства, способны с трансцендентным презрением отдаться покою, подобному покою мёртвых и утешаться тонкими умственными наслаждениями; но большая часть людей, рабы привычки, побуждаемыми глупостью, тщеславным желанием по-

веселиться, несмотря, ни на что, лечатся от истощения и скуки усиленным возбуждением и разного рода отравлениями: злоупотребляют алкоголем, табаком, морфием и всеми ядами ума и воли» [51, с. 18]. «Просто люди с более грубыми органами чувств, – отметил Вольтер, – ищут удовольствий, в которых душа не принимает участия; те же, кто обладает более утонченными ощущениями, стремятся к более изящным забавам: каждому человеку надо жить» [15, с. 221].⁸ «Ни одного общества не избегают с большим отвращением, – констатирует И.Г. Фихте, – нежели своего собственного, и, чтобы никогда не оставаться наедине с собой, стараются превратить в игру все моменты жизни, остающиеся от деловых занятий, и без того отдаляющих нас от нас самих. Такое состояние не есть естественное» [57, с. 467].⁹ «Интеллектуальное напряжение, – определяет Освальд Шпенглер, – знает только одну, специфически присущую городам мира форму отдыха: *ослабление напряжения, «развлечение»*. Настоящая игра, радость жизни, опьянение жизнью родилось из космического ритма, и их значение все больше теряется. Напротив, замена интенсивного практического умственного труда противоположностью, сознательной глупостью, замена духовного напряжения физическим, то есть спортом, замена телесного «удовольствия» чувственным и духовным «возбуждением» игры и соревнования, замена чистой логики повседневной работы сознательной мистикой – всё это происходит во всех крупных городах всех цивилизаций. Кино, экспрессионизм, теософия, боксёрские бои, негритянские танцы, покер и гонки – нечто похожее можно было наблюдать ещё в Риме» (курсив – в оригинале) [67, с. 130-131]. «Если разум человека добродетелен, – заметил Фрэнсис Бэкон, – то он и доставляет человеку истинную, чистую, натуральную радость, которую не сравнить с различными удовольствиями» [13, с. 171]. По наблюдению Ралфа Эмерсона, «обнищав внутренне и убив в себе способность жить разумом и мыслью, наслаждаться естественными чувствами любви к братьям, к природе, лишившись самоуважения и сознания долга, человек, разумеется, ищет удовольствий вне себя и, живя в обществе, слишком много тратит времени и способностей на мелочи, задевающие или услаждающие одну его суетность и самолюбие» [70, с. 10]. «Общество хочет, чтоб его забавляли. Я не хочу, – заявляет Ралф Эмерсон, – чтобы меня забавляли. Я хочу, чтоб жизнь не казалась вещью дешёвою, но чтоб на нее смотрели как на нечто священное. Я хотел бы, чтоб каждый день – своею плодотворностью, своим благоуханием – походил на столетия» [70, с. 379-380].

⁸ «Подумай, – писал Плиний младший профессиональному ритору Юлию Генитору, – как много людей, которых отталкивает все то, чем мы с тобой пленяемся и увлекаемся, как нечто нелепое или докучное... Будем же оказывать снисхождение чужим увеселениям, чтобы его получить для наших» [42, с. 164].

⁹ «Линия жизни, – считает писатель Виктор Ерофеев, – складывается из линии ума. Это чревато одиночеством, которое можно обмануть чередой развлечений» [23, с. 239].

Нет, в жизненный поток мы вовлечены не только материальной стороной нашего существа. Но как тончайший флюид пространство – время, заполнив наши тела, проникает в нашу душу. И заполняет её.

Пьер Тейяр де Шарден «Феномен человека» [52, с. 176].

Прежде чем более подробно рассмотреть конкретные способы структурирования времени посмотрим, что же такое время. Согласно философскому энциклопедическому словарю, «Время – атрибут, всеобщая форма бытия материи, выражающая длительность бытия и последовательность смены состояний всех материальных систем и процессов в мире. Время не существует само по себе, вне материальных изменений; точно так же невозможно существование материальных систем и процессов, не обладающих длительностью, не изменяющихся от прошлого к будущему» [56, с. 94]. Для физиков время – это абстрактный измеряемый континуум. Этот континуум однороден, непрерывен, и его можно разделить на бесконечное число тождественных и взаимоисключающих единиц. В противоположность физическому пространству у физического времени только одно измерение – «длительность», и у этого измерения есть только одно необратимое направление – вектор «прошлое – будущее». Другим атрибутом времени является simultaneity: например, в каждый момент времени может произойти несколько событий. Таким образом, момент можно рассматривать как расположенный на пересечении длительности и simultaneity. «Для психолога, – замечает Г. Элленбергер, – проблема времени совершенно иная, потому что мы имеем дело с непосредственным субъективным переживанием времени... Главная проблема состоит в том, что психологическое время не подходит к жестким образцам физического времени, хотя они и связаны друг с другом» [69, с. 211-212]. Время – наряду с пространством – важнейшая координата нашего мира и одна из базовых категорий языка. Без ощущения времени невозможна жизнь, планирование, координация деятельности. Но время, в отличие от пространства, недоступно, ни для одного из наших пяти органов чувств. Поэтому естественно, что для обозначения времени используются пространственные аналогии... Вообще аналогия с пространством довольно-таки условна, ведь пространство трёхмерно, а время обладает лишь одним измерением... Время линейно и необратимо. «Но мы, привыкшие к идее пространства, даже преследуемые ею, – за-

метил Анри Бергсон, – бессознательно вводим её в наше представление о чистой последовательности; мы рядопологаем наши состояния сознания и воспринимаем их одновременно, не одно в другом, но одно рядом с другим, короче, мы проецируем время в пространство, выражаем длительность в терминах протяженности, а последовательность выступает у нас в форме непрерывной линии или цепи, части которой соприкасаются, но не проникают друг в друга» [1, с. 93].¹⁰ «Можно ли адекватно представить время, – спрашивает А. Бергсон, – посредством пространства?» На этот вопрос мы отвечаем: «Да, если речь идет о протекшем времени; нет, если мы говорим о времени протекающем» [1, с. 146]. Мартин Бубер, прочитавший в пятнадцатилетнем возрасте книгу Э. Канта «Пролегомены ко всякой будущей метафизике» пишет: «Эта книга объяснила мне, что пространство и время суть лишь формы, в которые по необходимости облекается мое человеческое созерцание сущего, и потому они открывают мне не глубинную суть мироздания, а природу моего сознания [12, с. 174]... В учении Канта о времени и пространстве, изложенном в Трансцендентальной эстетике – первой части первого раздела Критики чистого разума, время является априорной формой внутреннего, а пространство – внешнего созерцания» [12, с. 322]. Согласно А. Бергсону, «время – это сердце существования... Вследствие излишней сосредоточенности на пространственном мышлении мы редко улавливаем собственную сущность, а следовательно, мы редко бываем свободными» (цит. по [37, с. 173]). «Влияние внешних чувств, – отметил Ралф Эмерсон, – до того взяло господство над духом в человеке, что пределы времени и пространства сделались в глазах его чем-то несокрушимым, существенным и неодолимым; относиться к ним с неуважением считается на свете величайшим признаком безумия. А между тем, время и пространство не что иное, как мерилы, совершенно противоположные сущности души. Человек может их уничтожить; дух может играть со временем: «в один час вместить вечность или растянуть на вечность один час» (курсив – Р. Эмерсона)... Всякая деятельность наших умственных способностей тоже осво-

¹⁰ А. Бергсон (1859-1941) – выдающийся французский мыслитель, философ, писатель (Нобелевская премия по литературе за 1927 г.), бывший на протяжении долгих лет властителем дум в духовной жизни Франции. На одной из колонн парижского Пантеона выбита надпись: «Анри Бергсону – философу, жизнь и творчество которого сделали честь Франции и человеческой мысли».

бождает нас, в некоторой степени, из-под власти времени... Посмотрите, до чего величие и божественность мысли стирает в прах века, тысячелетия и живёт, помимо их, теперь, в этот самый час» [70, с. 197-198]. По мнению И. Бродского, «ощущение времени есть глубоко индивидуалистический опыт. В течение жизни каждый человек, рано или поздно, оказывается в положении Робинзона Крузо, делающего зарубки и, насчитав, допустим, семь или десять, их перечеркивающего... И зарубки эти дело глубоко одинокое, обособляющее индивидуума, вынуждающее его к пониманию если не уникальности, то автономности его существования в мире» [10, с. 388]. О.Н. Mowrer утверждал, что «время – это измерение, отличающее человеческую личность. «Подчинение времени», то есть способность перевода прошлого в будущее как часть всеобщей причинной зависимости, в которой действуют и реагируют все живые организмы вместе со способностью действовать в свете отдаленного будущего, – это «сущность разума и личности» (цит. по [37, с. 172-173]). «Большинство людей, – считал Бертран Рассел, – будет склонно согласиться с мнением св. Августина: «Что же такое время? Если никто не спрашивает меня об этом, я знаю, если же я желаю объяснить это тому, кто спрашивает, то я не знаю» [43, с. 285]. «Понятие времени, – отметил Пьер Жане, – так же сложно и неопределённо, как и понятие личности. Как и личность, понятие времени – конструкция, несовершенное творение человеческого разума, и мы сказали, что под влиянием Эйнштейна в этом понятии была пробита брешь, оно полностью изменилось... Объективно время, как и пространство, – род протяжённости с особыми свойствами... Для движения во времени характерно то, что мы не можем его преобразовать, растянуть или ускорить; мы все с одинаковой скоростью вовлечены в движение, которое не можем изменить» [24, с. 396-397]. «Благодаря изменению количества содержания событий, приходящихся на известный промежуток времени, заколебалось понятие единицы времени, и не случайно современная математическая наука выдвинула принцип относительности», – писал О.Э. Мандельштам в 1922 году [32, с. 173].

«Конечно, чистое сознание, – по наблюдению А. Бергсона, – не воспринимает время как сумму единиц длительности; предоставленное самому себе, сознание не имеет ни средств, ни даже причин для измерения времени, но чувство, которое, к при-

меру, длилось в два раза меньше, было бы для сознания уже иным чувством» [1, с. 135]. «Время, заполненное разнообразными и интересными впечатлениями, – заметил Уильям Джеймс, – кажется быстро протекающим, но, протекши, представляется при воспоминании о нем очень продолжительным. Наоборот, время, не заполненное никакими впечатлениями, кажется длинным, протекая, а протекши, представляется коротким» [21, с. 308].¹¹ Внутреннее ощущение хода времени изменяется и в состоянии опьянения. Интересное высказывание на эту тему встретилось нам в рассуждениях физика-теоретика академика А.Б. Мигдала: «Если бы время (допустим, в новогоднюю ночь) шло быстрее, это означало бы, что в эту ночь свет горел бы ярче, краски были бы интенсивнее, объятия жарче и мысли острее и глубже, чем обычно. Если такие ощущения и возникают, их следует объяснять процессами, происходящими внутри нас, а не истинным уплотнением хода времени – время течет равномерно» [34].¹² В приложении к субъектам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, теория относительности А. Эйнштейна выглядит следующим образом: психоактивные вещества изменяют индивидуальное ощущение протекания времени в сторону его ускорения.¹³ «Бергсон, – пишет в предисловии к 4-х томному собранию сочинений Анри Бергсона известная переводчица, философ, доктор философских наук И.И. Блауберг, – теоретически исследовал и возвёл в главный принцип своей философской системы тот известный каждому факт, что время в разные периоды жизни воспринимается нами по-разному: в начале и к концу жизни, в моменты нетерпения, спешки – и в минуты отдыха... Как субъективное переживание времени, «ткань психологии жизни», длительность определяет, по Бергсону, духовное своеобразие каждого индивида... В центре философских размышлений тем самым оказалась проблема времени как основания человеческого бытия, истории и культуры» [8, с. 16-17]. В многотомном цикле М. Пруста «В поисках утраченного времени» фокус художественного выражения сдвинут от реальности, преобразуемой и отражаемой субъективным миром человека, к самим впечатлениям, которые в своем многообразии и составляют жизнь человеческой субъективности. В высшей степени симптоматично и то, что внутренним стержнем прустовского произведения стала не судьба героя или героев, а само переживание времени. Это

¹¹ «Нет в моей жизни более медленного времени, – вспоминает писатель Виктор Ерофеев, – чем время на школьных уроках. Школьные квадратные часы над дверью прилипали к циферблату. 45 минут казались вечностью» [23, с. 247].

¹² Особенности индивидуального ощущения хода времени отметил Фрэнсис Бэкон: «Вот почему когда человек тяжело болен или его постигли несчастья, то, не имея часов, минуты и часы будут казаться ему значительно длиннее, чем в том случае, чем, если бы он имел возможность сверять время по часам» [13, с. 124].

¹³ Детально мнения о сущности психологического времени, высказанные различными учеными, а также многочисленные варианты субъективного переживания времени в норме и патологии см. в работах Г. Элленбергера [69] и Е. Головаха [18].

переживание образует своеобразный внутренний фон всего романа и, так сказать, принцип сцепления его элементов. Прихотливая нить впечатлений, тщательно воссоздаваемая романистом с большим психологическим искусством, «держится» на сквозном ощущении уходящего времени, и не просто в смысле приближения неизбежного конца, но в более глубоком и универсальном значении движения времени как непрерывной утраты чего-то самого заветного и дорогого [25, с. 37]. «Фактор времени, – отмечал Носрат Пезешкиан, – представляет собой сугубо человеческий фактор. В то время как любое животное всегда живёт только в настоящем, человек обладает способностью осознавать своё прошлое, настоящее и будущее. На любом из измерений он может зафиксироваться посредством переживаний. Результатом этого становится бегство в прошлое (в одиночество и болезнь), бегство в настоящее (в работу) и бегство в будущее (в мечты). Таким образом, большую часть человеческих конфликтов можно рассматривать как нарушение фактора времени, то есть как недостаточную интеграцию прошлого, настоящего и будущего» [41, с. 33].¹⁴

«Проблему времени, – заявляет Н.А. Бердяев, – я считаю основной проблемой философии, особенно философии экзистенциальной [3, с. 284]. Ролло Мэй отмечает, что «заслуга экзистенциальных аналитиков – это их подход к проблеме *времени*. Они поражены тем фактом, что наиболее глубинные человеческие переживания, такие, как тревога, депрессия, радость, связаны больше со временем, а не с пространством. Они просто ставят время в центр психологической картины и изучают его не как аналогичное пространству измерение, а исследуют экзистенциальное значение самого времени для пациента» [37, с. 171-172]. И продолжает: «Экзистенциальные аналитики, поставив время в центр психологической картины, выдвинули будущее, а не прошлое или настоящее, главным темпоральным модусом человеческих существ. Личность можно понять только на её пути к будущему. Человек может понять себя, только представляя себя в будущем. Это следует из того факта, что человек – существо всегда развивающееся, всегда стремящееся в будущее... Экзистенциалисты не подразумевают под этим «отдалённое будущее» или будущее как форму бегства от прошлого или настоящего. Они лишь хотят сказать, что человеческое существо, обладающее самосознанием и не обессиленное тревогой, невротической скованностью, всегда находится в динамическом процессе самоактуализации, самоисследования, самосозидания и движения в ближайшее будущее» [37, с. 175].¹⁵

В русском языке есть выражения «на протяжении определённого времени», «временной промежуток», тоже указывающие на аналогию с пространством. Термины времени лежат в основе абстрактного мышления. Идея логического вывода подсказана временной последовательностью событий. Вместе с тем человеческая деятельность стремится преодолеть время. Для описания времени используются не только образы пространства, но и термины движения, как и вообще деятельности, термины измерения, а также метафоры внутренних, субъективных состояний человека. *Время движется, летит, стоит, растягивается, подходит, даже работает* на кого-то или против кого-то... *Время может быть злым или добрым, приятным или тягостным. Время убивает*, как Кронос своих детей, оно не щадит никого и ничего, но и его *убивают, тратят, теряют*; его можно *ценить, измерять*, на него равняются, с его помощью ориентируются в событиях. У древних славян-язычников было циклическое представление о времени – как о колесе. Русское слово «время» («веремья») содержит в себе идею вращения: оно родственно словам «вертеть», «веретено». Недаром так по душе пришлось в России выражение «колесо истории». Христианство привнесло идею вектора времени, целенаправленности и необратимости его. Согласно такому подходу, время линейно, одномерно, однонаправлено и необратимо. *Время движется, и его движение непрерывно. Каждое мгновение уникально. Время нельзя остановить, повернуть вспять, но в целом цикличность восприятия времени сохраняется в культуре. Каждая культура имеет свой язык времени. Но мы зачастую считаем само собой разумеющимся, что наша система времени универсальна и всем понятна, и переносим её на другие культуры. Это, к сожалению, далеко не так. У немцев слово «Zeit» (время) чаще всего вызывает ассоциацию «Arbeit» (работа). Многочисленные производные от слова Zeit в немецком языке (в немецком словаре не менее 90 слов с корнем Zeit) объясняются не только особенностями немецкого словообразования, но и особой ценностью времени для немецкой нации. У русских отношение ко времени в значительной степени другое – с одной стороны, более пренебрежительное, а с другой – окрашенное в фаталистические тона. У русских «время» связано с «судьбой». Но ведь судьба, в отличие от работы, это что-то независимое от нашей воли, мистическое. Не мы командуем судьбой-временем, а она нами. Отсюда фатализм русских и ответственность немцев в отношении ко вре-*

¹⁴ Основатель так называемой «позитивной психотерапии» Н. Пезешкиан, активно внедрявший свою теорию и практику на просторах бывшего СССР, а затем и постсоветского пространства, скончался 27 апреля 2010 года. Замечательная рецензия на его книгу «Психосоматика и позитивная психотерапия» принадлежит проф. А.Ш. Тхостову [53].

¹⁵ Детальное описание проблемы времени, с точки зрения экзистенциальной психологии, см. в книге Р. Мэя «Открытие бытия» (Глава 10: «О времени и истории») [38].

мени. Пунктуальность немцев рассматривается ими как гарантия надёжности. Более того, как общество с низкой степенью терпимости к неопределённости, стремящееся максимально обезопасить своё будущее, предотвратит возможные проблемы, оно воспринимает пунктуальность и долгосрочное планирование в качестве способов противодействия непредсказуемости. Время используется в западных культурах для организации жизни и определения приоритетов. Представители западной культуры приписывают времени вещественную стоимость («время – деньги»): его можно потратить, сэкономить, промотать или потерять. Время овеществляется, ассоциируется с ценностями, имуществом. Это имущество можно расходовать, но им необходимо дорожить, распоряжаться с умом. Для русских же, поскольку время – это судьба, особый «кайф» бросать ему вызов, швырять им, как и вообще нарушать правила – идти на красный свет, плевать против ветра, стоять под стрелой [22]. Особенности восприятия и ощущения протекания времени у представителей нашего российского народа отмечал ещё в 1829 г. П.Я. Чаадаев: «Мы живем лишь в самом

ограниченном настоящем без прошедшего и без будущего, среди плоского застоя... Народы живут только сильными впечатлениями, сохранившимися в их умах от прошедших времен, и общением с другими народами. Этим путем каждая отдельная личность ощущает свою связь со всем человечеством... Наши воспоминания не идут далее вчерашнего дня; мы как бы чужие для самих себя. Мы так удивительно шествуем во времени, что, по мере движения вперёд, пережитое пропадает для нас безвозвратно» [62, с. 11-12]. «В природе человека, – продолжает П.Я. Чаадаев, – теряться, когда он не находит способа связаться с тем, что было до него; он тогда утрачивает всякую твёрдость, всякую уверенность; не руководимый ощущением непрерывной деятельности, он чувствует себя заблудившимся в мире. Такие растерянные существа встречаются во всех странах; у нас это общее свойство... Тут беспечность жизни без опыта и предвидения, не имеющая отношения ни к чему, кроме призрачного существования личности, оторванной от своей среды... Опыт времен для нас не существует. Века и поколения протекли для нас бесплодно» [62, с. 14-17].

* * *

Всегда нужно знать, когда заканчивается очередной этап твоей жизни. Замыкается круг, закрывается дверь, завершается глава – не важно, как ты это назовёшь, важно оставить в прошлом то, что уже принадлежит прошлому»

Пауло Козльо «Заир» [26, с. 186].

«Из всех существующих в мире множественностей, – считает Пьер Жане, – наиболее загадочная и наименее изученная – множественность временная. Предметы, даже те, которые лучше всего сохраняют своё тождество, идентичность, преобразуются уже самим фактом существования времени... Нужно пытаться бороться с множественностью, поддерживать своё единство, несмотря на изменения во времени. И получается ли это у нас? Думаю, что нет. На самом деле по поводу единства личности есть много иллюзий. Мы колоссально меняемся: за юностью приходит старость, и хотя сами мы так не считаем, но мы уже не те. Всё в этом мире преобразуется и меняется. Но у нас своё мнение на этот счёт. Хотя время и лепит из нас другого персонажа, мы хотим оставаться теми же, и поддерживаем свою целостность. Это подводит нас к новой работе: искусственному созданию единства и обособленности личности во времени. Это огромная проблема» [24, с. 219-220]. В своём эссе «Death and Mid-Life Crisis», посвящённом кризису середины жизни, Jaques пишет: «Человек, достигший середины жизни и не утвердивший себя успешно в профессиональном или семейном плане, либо утвердивший, но лишь благодаря маниакальной активности действию отрицания с результирующим эмоциональ-

ным обеднением, оказывается плохо подготовленным к требованиям, предъявляемым средним возрастом, и к тому, чтобы получать удовольствие от своей зрелости... Компulsive попытки многих мужчин и женщин среднего возраста оставаться молодыми, ипохондрическая озабоченность здоровьем и внешностью, сексуальный промискуитет, имеющий целью доказательство молодости и потенции, пустота жизни и недостаток подлинного наслаждения ею, нередкие тревоги религиозного характера – всё это хорошо знакомые паттерны. Они представляют собой попытки состязаться со временем» (цит. по [75, с. 222]). Чрезмерная озабоченность постоянными поисками «вечной молодости» у части нашего общества в определённой мере отражает страхи, связанные со смертью [55, с. 81]. «Чем ближе середина и чем больше удалось утвердиться в своей личной установке и социальном положении, – утверждает К.Г. Юнг, – тем сильнее кажется, что найдены правильная линия жизни, верные идеалы и принципы поведения. Поэтому в дальнейшем возникает представление, что они незыблемы, и появляется желание навсегда за них зацепиться. При этом, однако, остаётся без внимания тот существенный факт, что утверждение социальной цели происходит за счёт цельности личности. Многое, слишком

многое – жизнь, которая могла бы быть прожита иначе, – остаётся лежать в чуланах покрытых пылью воспоминаний, порою даже оказываясь раскаленными углями под серым пеплом... Очень часто встречающиеся невротические расстройства зрелого возраста имеют нечто общее: они пытаются перенести психологию фазы молодости через порог зрелого возраста. Кто не знает тех трогательных пожилых господ, погрязших в беспросветном мещанстве, которые все снова и снова вытаскивают на свет божий давно уже забытые студенческие годы и, только возвращаясь в прошлое, к своему героическому гомеровскому времени, способны разжечь пламя жизни? Однако у них, как правило, есть преимущество, которое нельзя недооценивать, – они не невротики, а большей частью всего лишь скучные и стереотипные люди. Невротиком скорее является тот, кому никогда не удавалось осуществить в настоящем то, чего бы ему хотелось, и кто поэтому не может радоваться прошлому. Так же как раньше он не сумел отделаться от детства, так и теперь он не в состоянии избавиться от фазы молодости. Наверное, он не может найти себя в мрачных мыслях старения и поэтому напряженно смотрит назад, поскольку смотреть вперед для него невыносимо» [72, с. 194-195]. По мнению С. Кьеркегора, «юность живёт в иллюзии, ожидая чего-то необыкновенного от жизни и от себя; напротив, у стариков иллюзия зачастую затрагивает тот способ, каким они вспоминают свою юность» [27, с. 291]. «Трудно увидеть, – писал К.Г. Юнг, – какие другие конечные пункты должны быть во второй половине жизни по сравнению с целями первой: расширением жизни, полезностью, дееспособностью, утверждением в социальной жизни, предусмотрительным подыскиванием подходящей пары и хорошего положения для своего потомства – цель жизни достигнута! К сожалению, это не может являться достаточным смыслом и целью для многих людей, усматривающих в старении только лишь угасание жизни и ощущающих, что их прежние идеалы поблекли и изжили себя. Конечно, если бы эти люди ещё раньше успели наполнить до краёв и опустошить до дна чашу своей жизни, то теперь они чувствовал бы себя, пожалуй, иначе; их бы ничего не удерживало, всё, что могло сгореть, сгорело бы, и спокойствие старости было бы для них желанным. Но нам нельзя забывать, что мало кто из людей умеет жить, и что искусство жить является, к тому же, самым важным и самым редким из всех искусств – исчерпать всю чашу красоты, кому это удавалось? Так что для большинства людей слишком многое остаётся не пережитым – часто даже возможности, которые они не смогли бы реализовать при всем желании, – и, таким образом, они переступают через порог старости с неудовлетворёнными притязаниями, которые невольно заставляют их смотреть назад» [72, с. 200]. «Пути, через которые прошлое влияет на наше поведение, – отметил И. Ялом, – полностью описываются теоретиками традиционного

психоанализа, а также в теории научения (странная парочка). Однако то, что «ещё не случилось», т.е. будущее, определяет наше поведение ничуть не менее властно, и концепция детерминизма будущего вполне оправдана. Во всякое время мы несём в себе чувство цели, идеализированный образ «Я», ряд задач, к достижению которых стремимся, смерть, к которой мы все идём. Все эти факторы, как осознаваемые, так и неосознаваемые, строят мост в будущее и оказывают глубокое влияние на наше поведение. Нет сомнений, что наше знание о своей изолированности, о своём роке и неизбежной смерти глубоко влияют на наше поведение и внутренний опыт. Хотя, как правило, мы не допускаем это знание в область осознаваемого, доказательства ужасающей непредсказуемости существования подстерегают нас на каждом шагу. Мы пытаемся либо рассеять эти мрачные облака, отвлекаясь бесчисленными ежедневными делами, либо победить смерть верой в жизнь после смерти, стремясь к символическому бессмертию в форме потомства, материальных памятников творческого самовыражения» [74, с. 203]. И продолжает: «Одна трудно преодолимая проблема с объяснениями, основанными на отдалённом прошлом, заключается в том, что такие объяснения несут в себе семена терапевтического отчаяния. Ужасный, ставший в тупик, парадокс: если наше поведение полностью определяется прошлым, откуда тогда взяться способностью к изменению?.. Прошлое, однако, не в большей мере определяет настоящее и будущее, чем само определяется ими. Реальное прошлое существует для каждого из нас только в таком виде, в каком мы формируем его в настоящем, противопоставляя будущему... Важно правильно *расставить акценты*: прошлое – *слуга*, а не господин. Оно ценно ровно в той мере, в какой проясняет сегодняшнюю реальность пациента» [74, с. 205-206]. «Идти вперёд, опираясь на прошлое, – заметил Генри Миллер, – значит тащить на своей ноге тяжёлое ядро каторжника, а тот, кто прикован к прошлому, снова и снова переживает его» [35, с. 397]. По мнению Н.А. Бердяева, «победа над падшим временем есть победа памяти как энергии, исходящей из вечности во время. Но память тоже обладает способностью окостеневать и объективироваться. И тогда память вместо силы преобразующей, делается силой инерции [3, с. 558]. О негативных последствиях постоянного обращения к прошлому писал У. Шекспир (сонет 30):

«Когда на суд безмолвных, тайных дум
Я вызываю голоса былого, –
Утраты все приходят мне на ум
И старой болью я болею снова...»

Веду я счёт потерянному мной
И ужасаюсь вновь потере каждой,
И вновь плачу я дорогой ценой
За то, за что платил уже однажды!» [65, с. 69].

Вместо того чтобы смотреть вперёд, человек часто непроизвольно оглядывается назад и начинает задумываться о том, как до сих пор складывалась его жизнь. Он пытается отыскать свои истинные мотивации и совершает здесь открытия. Критическое рассмотрение самого себя и своей судьбы позволяет ему познать собственное своеобразие. Но это познание даётся ему не сразу. Оно достигается только ценой сильнейших потрясений [71, с. 209]. Описывая обстоятельства, предшествовавшие самоубийству Э. Хэмингуэя, писатель Г. Чхартишвили (Б. Акунин) употребляет интересное определение старости: «Старость, великий кастратор, довершила дело, начатое Грейс. Х. перестал быть великим любовником, великим охотником, великим путешественником, великим спортсменом, великим писателем. Единственным «мужским» деянием, оставшимся доступным для Х., было заглянуть в черную дыру охотничьего ружья» [64, с. 181].

«Там, где прошлое, прожитая жизнь, стало всепоглощающим, где жизнь, которая все еще должна продолжаться, управляется прошлым, мы говорим о старости», заметил Л. Бинсвангер [7, с. 429].¹⁶ По наблюдениям Ф. Бэкона «старость порой сильнее уродует душу человека, чем уродует его тело, в чем мы и убеждаемся эмпирически ежедневно» [13, с. 127]. «Даже люди с крепкой конституцией и физически достаточно здоровые, – как утверждает Э. Берн, – могут утратить всякую активность уже в раннем возрасте. Это обычные люди, «ушедшие на пенсию» еще в молодые годы. Родительское предписание гласит: «Трудись, но не полагайся на удачу, а потом ты будешь от всего свободен» Отработав положенные двадцать или тридцать лет, такой человек, дождавшись своего Санта Клауса, вывалившего ему из мешка прощальный банкет, не знает, чем ему заняться. Он привык следовать сценарным директивам, но их запас исчерпан, а больше ничего у него не запрограммировано. Ему остается лишь сидеть и ждать: может быть, что-то изменится, пока придёт смерть» [4, с. 278]. Признать и принимать переход в новый возрастной период жизни, особенно ближе к её финишу, всегда непросто. Все мы знаем случаи, когда вроде бы неожиданный выход человека на пенсию и появление свободного и ничем не занятого времени оказывается столь стрессогенной ситуацией, что человек на глазах стареет и, не имея, казалось бы, серьёзной соматической патологии, быстро приходит к финишу жизни. До определённого момента одиночество пропорционально чис-

лу прожитых лет, но внезапно наступает своего рода пик или энергетический кризис, когда, например, кто-то уходит на пенсию и попадает в абсолютную яму. Лишь немногие способны найти себе в этот период занятие, чтобы быть полезными [16, с. 135-136]. Описывая встречу с одним «благородным мыслителем», М. Бубер вспоминает: «Действительность придвинулась к нему настолько близко, что он всё пересмотрел и переосмыслил. Преклонный возраст – чудесная вещь, если человек не разучился тому, что называется *начинать* (курсив – М. Бубера); и этот старый человек, быть может, по сути, научился этому только в старости. Он не стал молодым, он остался таким же старым, но теперь это была юная, знающая, что значит начинать, старость» [11, с. 344-345]. А вот какую отличительную черту старости отмечает писательница Дина Рубина: «С годами жизнь отнимает у человека главное – предвкушение. Предвкушение любви, предвкушение богатства, предвкушение удачи, предвкушение славы... Она отнимает тот счастливый озноб, пугливое сердцебиение, мучительно-сладкое преодоление мига, часа, дня – на пути к предвкушаемому... Нет, Господь милосерден, у человека и в старости могут быть свои подарки. Он и в старости может быть счастлив, богат, удачлив... И ему даётся, даётся с годами многое из того, о чём он мечтал... Господь отнимает только одно... И если ты спросишь меня – что есть молодость, я отвечу тебе: сладостное и безбрежное предвкушение...» [44, с. 538-539].

«Разумеется, человек не жил бы семьдесят и восемьдесят лет, если бы такая продолжительность жизни не соответствовала смыслу его вида, – утверждает К.Г. Юнг. – Поэтому вечер его жизни также должен иметь свой смысл и цель, он не может быть жалким придатком утра. Несомненно, смыслом утра является развитие индивида, его устройство во внешнем мире, продолжение рода и забота о потомстве. Это является очевидной природной целью. Но если эта цель достигнута, и достигнута даже с избытком, должно ли приобретение денег, дальнейшее завоевание и расширение пространства своего существования переходить за рамки разумного смысла? Тот, кто подобным образом без нужды переносит закон утра, то есть природную цель, на вторую половину жизни, должен считаться с душевными потерями точно так же, как юноша, пытающийся перенести свой детский эгоизм в зрелый возраст, должен расплачиваться за это своё заблуждение социальным неуспехом. Приобретение денег, социаль-

¹⁶ Приведем отрывок из сонета Валерия Брюсова «Тени прошлого» (1898 г.):

«Мне снится прошлое. В виденьях полусонных
Встает забытый мир и дней, и слов, и лиц.
Есть много светлых дум, погибших, погребенных, –
Как странно вновь стоять у темных их гробниц
И мертвых заклинать безумными словами!
О тени прошлого, как властны вы над нами!» [45, с. 273].

ное существование, семья, потомство представляют собой всего лишь природу, но не культуру. Тогда, может быть, культура является смыслом и целью второй половины жизни?.. Умные и образованные люди вступают во вторую половину жизни совершенно неподготовленными. Или, быть может, есть где-нибудь учебные заведения, и не просто средние, а высшие школы для сорокалетних, которые готовили бы их к будущей жизни с её требованиями так же, как вводят в знание мира и жизни наших молодых людей школы и институты? Нет, мы вступаем во вторую половину жизни крайне неподготовленными: хуже того, мы делаем это, находясь под влиянием ложных представлений наших прежних истин и идеалов. Мы не можем прожить вечер жизни по той же самой программе, что и утро, потому что того, чего много утром, будет мало вечером, а то, что верно утром, вечером будет уже неверно... Стареющий человек должен знать, что его жизнь не увеличивается и не расширяется; наоборот, немолимый внутренний процесс приводит к сужению жизни. Если молодой человек слишком много занимается собственной персоной – это является для него чуть ли не грехом или, по крайней мере, опасностью; для стареющего же человека уделять серьёзное внимание своей Самости – это обязанность и необходимость» [72, с. 198-199]. «Для молодых, ещё не приспособленных и не достигших успеха людей, очень важно сделать своё сознательное «Я» как можно более действенным, то есть воспитать в себе волю, – считает К.Г. Юнг. – Такой человек, если, конечно, он не гений, не в силах поверить во что-либо действующее в нём, что не отождествлялось бы с его собственной волей. Он должен чувствовать себя волевым существом и будет обесценивать в себе всё остальное или воображать, что это остальное подчинено его воле, ибо без такой иллюзии ему бы, наверное, социальное приспособление не удалось. Иначе обстоит дело у человека второй половины жизни, которому не нужно больше воспитывать свою сознательную волю и который скорее нуждается в познании собственной сущности, чтобы понять смысл своей индивидуальной жизни. Социальная полезность целью для него уже не является, хотя он и не отрицает её желательности. Он воспринимает свою творческую деятельность, социальная бесполезность которой для него совершенно очевидна, как работу и благо сами по себе. Эта деятельность в значительной степени избавляет его и от болезненной зависимости, а он в результате приобретает внутреннюю устойчивость и новое доверие к самому себе [73, с. 86]. Как заметил поэт И. Губерман,

«У старости есть мания страдать
в томительном полночном наваждении,
что попусту избыта благодать,
полученная свыше при рождении» [19, с. 33].

«Обыкновенно думают, – заметил А. Шопенгауэр, – что старость обречена на болезни и скуку...

Да и одиночество, к которому, по легко понятным причинам, неизбежно приводит старость, отнюдь не сопровождается непременно скукою. Она угрожает только тем, которые не знали других удовольствий, кроме чувственных и общественных, и не успели обогатить своего духа и развить своих сил. Но у кого их было много, у того всегда останется их достаточно для одоления скуки. К тому же, как сказано, время летит в старости гораздо быстрее, что противодействует скуке [66, с. 175]. В пожилом возрасте, как отмечает Герман Файфель, «часто кризис порождается не самим фактом приближающейся смерти, не осознанием неминуемой конечности человека. Но, скорее, осознанием напрасно прожитых лет, нерешённых задач, нереализованных возможностей, невостребованных талантов, неизбежного зла, причинённого другим. Скрытая трагедия в том, что человек умирает преждевременно и недостойно, так и не смирившись с собственной смертью» [55, с. 86]. «Если посчитать годы, – считал Плиний-младший, – то, кажется, прошло совсем мало времени; если посмотреть, как всё изменилось, можно подумать, что целый век. Такой круговорот в этом так меняющемся, не знающем покоя мире, убеждает в том, что нельзя ни в чём отчаиваться и нельзя ни на что полагаться» [42, с. 76]. «Удельный вес времени к старости уменьшается», констатирует писательница Людмила Улицкая [54, с. 478]. «Тем людям, у которых у самих нет ничего, что позволяло бы им жить хорошо и счастливо, – определяет Цицерон, – тяжёлой любой возраст; но тем, кто ищет всех благ в самом себе, не может показаться ничто основанное на неизбежном законе природы, а в этом отношении на первом месте стоит старость. Достигнуть её желают все, а достигнув, её же и винят. Такова непоследовательность и бестолковость неразумия!» [61, с. 229]. И ещё добавляет о пользе старости: «Если разумом своим и мудростью презирать плотское наслаждение мы не можем, то мы должны быть глубоко благодарны старости за то, что она избавляет нас от неподобающих желаний. Ведь наслаждение сковывает нашу способность судить, враждебно разуму, застилает, так сказать, взоры ума, чуждо доблести [61, с. 242].... Но сколь ценно для души, как бы отслужив под знаменами похоти, честолюбия, соперничества, вражды, всяческих страстей, быть наедине с собой и, как говорится, с самой собой жить! Если она действительно находит пищу в занятиях и знаниях, то нет ничего приятнее старости, располагающей досугом» [61, с. 245]. «Что же касается моего организма, – писал в возрасте семидесяти трех лет Честерфилд, – то он всё в таком же состоянии, как и был: его одолевает в сущности один единственный недуг, который можно по праву назвать хроническим, ибо не кто иной, как Хронос каждодневно выдирает из меня кусок за куском. Однако я с поистине философским спокойствием отношусь к этому постепенному расхищению, которому меня подвергают, я хорошо знаю, что нам легче быть тер-

пеливыми там, где изменить что-то не в нашей власти» [63, с. 243].

«Я предпочитаю лучше недолго быть старым, нежели состариться до наступления старости», – говорил Цицерон (цит. по [36, с. 231]). «Волосы наши седеют, – отмечает Р. Эмерсон, – но я не нахожу никакой надобности одряхлеть нам самим. Всякий раз, когда мы беседуем с теми, кто выше и лучше нас, мы молодеем, а не стареем. Детство, юность – стремительные, готовые на все впечатления, со своим взором, обращенным к небу, – считают себя за ничто и доверчиво отдаются просвещению, стека-

ющемуся к ним со всех сторон. Но мужчины, но женщины, переступившие шестьдесят лет, претендуют на право всезнания; они попирают ногами надежду, отказываются от упований, подчиняются обстоятельствам, как неизбежной необходимости, и обращаются с молодежью брюзгливо и повелительно. Нет! Сделайте из себя орудие Святого Духа, храните любовь, возделывайте истину, и взор ваш поднимется, морщины сгладятся; вас окрылит ещё надежда; вы станете бодры и крепки. Старость отнюдь не должна быть временем оцепенения для духа человека» [70, с. 179-180].

Список использованной литературы:

1. Бергсон А. Опыт о непосредственных данных сознания. Собрание сочинений в четырех томах. Том I. / Пер. с фр. – М.: «Московский Клуб». – 336 с.
2. Бердяев Н.А. Русская идея / Самопознание: Сочинения. – М.: ЗАО «Издательство ЭКСМО-Пресс»; Харьков: Изд. «Фолио». 1998. – С. 11–248. Серия «Антология мысли».
3. Бердяев Н.А. Самопознание / Самопознание: Сочинения. – М.: ЗАО ЗАО «Издательство ЭКСМО-Пресс»; Харьков: Изд. «Фолио». 1998. – С. 249–566. Серия «Антология мысли».
4. Берн Э. Игры, в которые играют люди: Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры: Психология человеческой судьбы: пер. с англ. – Л.: Лениздат, 1992. – 382 с.
5. Берн Э. Исцеление души. Трансакционный анализ в психотерапии. – Екатеринбург: Изд. «Литур», 2004. – 272 с.
6. Бибахин В.В. Дело Хайдеггера. Вст. статья к кн.: Хайдеггер М. Время и бытие: Статьи и выступления / Пер. с нем. – М.: Республика, 1993. – 447 с. – (Мыслители XX века).
7. Бинсвангер Л. Случай Эллен Вест. Антропологически-клиническое исследование // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст.: пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, Изд. ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 361–511.
8. Блауберг И.И. Анри Бергсон и философия длительности / Бергсон А. Собрание сочинений в четырех томах. Том I. / Пер. с фр. – М.: «Московский Клуб». – 336 с.
9. Бродский И. Нобелевская лекция // Сочинения Иосифа Бродского. Том I. – 2-е изд. – СПб.: Пушкинский фонд, 1998. – С. 5–16.
10. Бродский И. Путешествие в Стамбул / Форма времени: Стихотворения, эссе, пьесы. В двух томах. – Мн.: Эридан, 1992. – Т. 2. – С. 357–395.
11. Бубер М. Затмение Бога // Два образа веры: сб. / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма», изд. АСТ, 1999. – С. 341–417.
12. Бубер М. Проблема человека // Два образа веры: сб. / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма», изд-во АСТ, 1999. – С. 157–232.
13. Бэкон Ф. Мысли. Максимумы. Афоризмы / Пер. с англ. – Минск: «Современное слово», 1998. – 352 с.
14. Веллер М. Ножик Сержи Довлатова // Долина идолов. – СПб.: ООО «Издательство АСТ», 2005. – С. 17–70.
15. Вольтер. Философские письма // Философские сочинения: сб. ст. – М.: Наука, 1989. – С. 70–274.
16. Вишневецкий Я.Л., Веллман Д. Аритмия чувств / Пер. с пол. – СПб.: Издательская Группа «Азбука-классика», 2010. – 256 с.
17. Годфруа Ж. Что такое психология: В 2-х т. – 2-е изд., стереотипное. Т. 1 / Пер. с фр. – М.: Мир, 1996. – 496 с.
18. Головаха Е., Кроник А. Психологическое время: удивительные свойства сжиматься и прерываться // Знание – сила. – 1983. – № 11. – С. 19–21.
19. Губерман И. Камерные гарики / Камерные гарики. Прогулки вокруг барака. Сибирский дневник. Гарики на каждый день. – Екатеринбург: изд. «У-Фактория», 1999. – С. 4–66.
20. Губерман И. Прогулки вокруг барака. / Камерные гарики. Прогулки вокруг барака. Сибирский дневник. Гарики на каждый день. – Екатеринбург: изд. «У-Фактория», 1999. – С. 68–308.
21. Джеймс У. Научные основы психологии. – Минск: Харвест, 2003. – 528 с.
22. Европа-экспресс (газета), 2010. – № 31.
23. Ерофеев В. Хороший Сталин: роман. – 2-е изд-е., доп. – М.: Зебра Е, 2008. – 382 с.
24. Жане П. Психологическая эволюция личности / Пер. с фр. – М.: Академический Проект, 2010. – 399 с. – (Психологические технологии).
25. Кисель М.А. Философская эволюция Ж.-П. Сартра. – Л.: Лениздат, 1976. – 240 с.

-
-
26. Коэльо П. Заир / Пер. с порт. – М.: ООО Издательский дом «София», 2005. – 384 с.
 27. Кьеркегор С. Заключительное ненаучное послесловие к «Философским крохам» / Пер. с дат. – СПб.: Изд-во СПбУ, 2005. – 679 с.
 28. Лабрюйер Ж. Характеры, или нравы нынешнего века // Библиотека всемирной литературы. – М.: ЗАО «Издательство ЭКСМО-Пресс», 1974. – Т. 42. – С. 187-514.
 29. Лермонтов М.Ю. 1-е января // Русская лирика XIX века. – М.: Художественная литература, 1986. – 430 с.
 30. Лермонтов М.Ю. Маскарад / Сочинения в двух томах. – М.: Правда, 1989. – Т. 2. – С. 126-238.
 31. Макаров В.В., Макарова Г.А. Сценарии персонального будущего. – М.: Академический Проект; Гаудеамус, 2008. – 383 с. – (Психотерапевтические технологии под ред. проф. В.В. Макарова).
 32. Мандельштам О.Э. О природе слова / Сочинения. В 2-х томах. – М.: Художественная литература, 1990. – Т. 2. Проза – С. 172-187.
 33. Маслоу А. Вопросы новой психологии // Мотивация и личность / Пер. с англ. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 352 с.
 34. Мигдал А.Б. Симметрично ли пространство? Пути в неизвестное. – М.: Советский писатель, 1972. – Сб. IX. – С. 316-317.
 35. Миллер Г. Sexus: Роман / Пер. с англ. – СПб.: Изд-во «ЛИК», 1994. – 559 с.
 36. Монтень М. Опыты. Избранные главы. – М.: Правда, 1991. – 655 с.
 37. Мэй Р. Вклад экзистенциальной психотерапии // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст. / Пер. с англ. – М.: Апрель Пресс; Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 141-200. – (Серия «Психологическая коллекция»).
 38. Мэй Р. Открытие бытия – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 224 с.
 39. Ницше Ф. Человеческое, слишком человеческое: Книга для свободных умов / Пер. с нем. – СПб.: Издательская группа «Азбука-классика», 2010. – 384 с.
 40. Паскаль Б. Мысли // Библиотека всемирной литературы. – М.: Художественная литература, 1974. – Т. 42. – С. 109–186.
 41. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни: тренинг разрешения конфликтов / Пер. с нем. – СПб.: Речь, 2001. – 288 с.
 42. Письма Плиния младшего. – М.: Наука, 1983. – 407 с. – Серия «Литературные памятники».
 43. Рассел Б. Человеческое познание. Его сфера и границы / Пер. с англ. – Киев.: Изд. «Ника-Центр», «Вист-С», 1997. – 556 с.
 44. Рубина Д. Синдикат: Роман-комикс. – М.: Эксмо, 2008. – 541 с.
 45. Русский сонет: XVIII – начало XX века. – М.: «Московский рабочий», 1983. – 557 с.
 46. Рюль К. «Очень больно?» // Эмоции и экзистенция: сб. тр. / Пер. с нем. – Харьков: Изд. «Гуманитарный центр», 2007. – С. 279-297.
 47. Сас Т. Миф душевной болезни / Пер. с англ. – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2010. – 421 с. – (Психологические технологии).
 48. Скиннер Р., Клииз Дж. Жизнь и как в ней выжить. – М.: Изд. Института психотерапии, 2001. – 353 с. – (Золотой фонд психотерапии).
 49. Соловьев Вл. Смысл любви. – Киев: Лыбидь – АСКИ, 1991. – 64 с.
 50. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. – СПб.: Социально-психологический центр, 1996. – 330 с.
 51. Тардые Эмиль. Скука: психологическое исследование / Пер. с фр. – М.: Издательство ЛКИ, 2007. – 256 с. (Из наследия мировой психологии).
 52. Тейяр де Шарден П. Феномен человека. – М.: Устойчивый мир, 2001. – 232 с.
 53. Тхостов А.Ш. Рецензия на книгу Н. Пезешкиана «Психосоматика и позитивная психотерапия» // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 1998. – № 2. – С. 68.
 54. Улицкая Л. Казус Кукоцкого: Роман. – М.: ЭКСМО, 2004. – 736 с.
 55. Файфель Г. Смерть – необходимая переменная в психологии // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст. / Пер. с англ. – Львов: Инициатива; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2005. – С. 72-88. – (Серия «Psychologia vera»).
 56. Философский энциклопедический словарь. – М.: «Советская энциклопедия», 1983. – 840 с.
 57. Фихте И.Г. Основные черты современной эпохи // Несколько лекций о назначении ученого; Назначение человека; Основные черты современной эпохи. Сборник / Пер. с нем. – Минск: ООО «Попурри», 1998. – С. 217-472.
 58. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Пер. с англ. – Минск: ООО «Попурри», 1999. – 624 с.
 59. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / Пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Академический проект, 2008. – 224 с.
-
-

-
-
60. Цицерон. *О природе богов* // *Философские трактаты: сб. тр.* – М.: Наука, 1985. – С. 60-190.
61. Цицерон. *О старости* // *О государстве. О законах. О старости. О дружбе. Об обязанностях. Речи. Письма.* – М.: Мысль, 1999. – С. 225-258.
62. Чаадаев П.Я. *Философические письма. Отрывки и разные мысли.* – М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006. – 254 с. – (Философия. Психология).
63. Честерфилд. *Письма к сыну. Максимумы. Характеры.* – Л.: Наука, 1971. – 351 с.
64. Чхартишвили Г. *Писатель и самоубийство: в 2 кн. – 2-е изд., испр.* – М.: «Захаров», 2010. – Кн. 1: *Человек и самоубийство.* – 464 с.
65. Шекспир У. *Сонеты / Пер. с англ. С.Я. Маршака.* – М.: Радуга, 1984. – 386 с.
66. Шопенгауэр А. *Афоризмы для усвоения житейской мудрости // Афоризмы и максимумы: сб.* – Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1990. – 288 с.
67. Шпенглер О. *Закат Европы: Очерки морфологии мировой истории. Т. 2. Всемирно-исторические перспективы / Пер. с нем.* – Минск: ООО «Попурри», 1999. – 720 с.
68. Штейнзальц Адин. *Борьба духа // Взгляд: сб.* – М.: Институт изучения иудаизма в СНГ, 2002. – С. 106-112.
69. Элленбергер Г. *Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст. / Пер. с англ.* – М.: Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 201-236.
70. Эмерсон Р. *Нравственная философия.* – Мн.: Харвест; М.: АСТ, 2000. – 384 с.
71. Юнг К.Г. *Брак как психологическое отношение // Проблемы души нашего времени: сб. ст. / Пер. с нем.* – М.: Прогресс; «Универс», 1993. – С. 204-218.
72. Юнг К.Г. *Жизненный рубеж // Проблемы души нашего времени: сб. ст. / Пер. с нем.* – М.: Прогресс; «Универс», 1993. – С. 185-203.
73. Юнг К.Г. *Цели психотерапии // Проблемы души нашего времени: сб. ст. / Пер. с нем.* – М.: Прогресс; «Универс», 1993. – С. 70-89.
74. Ялом И. *Теория и практика групповой психотерапии / Пер. с англ.- СПб.: Питер, 2000. – 640 с.*
75. Ялом И. *Экзистенциальная психотерапия: / Пер. с англ.* – М.: Независимая фирма «Класс», 2004. – 576 с.

УДК 616.832

**ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ФЕТАЛЬНЫХ НЕЙРОЦИТОВ
НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНОЙ
С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА
(Клиническое наблюдение)**

Л.С. Турганбаева

врач-невропатолог поликлиники филиала медицинского центра «Евразия»,
г. Аксу (Павлодарская область, РК)

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), которое проявляется мультифокальной неврологической симптоматикой и характеризуется образованием множественных очагов демиелинизации в головном и спинном мозге [1]. Основным механизмом, приводящим к повреждению миелина при рассеянном склерозе (РС), является опосредованная Т-лимфоцитами реакция гиперчувствительности замедленного типа, а непосредственными клетками-эффекторами иммунопатологического процесса – макрофаги. Существующие методы иммуномодулирующей и иммуносупрессивной терапии РС не позволяют достичь выраженного и длительного терапев-

тического эффекта [2]. Одним из новых подходов к лечению рассеянного склероза (РС) является фетальная трансплантация нейроцитов [4]. Одним из способов проведения пересадки фетальных нейроцитов является *эндолюмбальный* метод.

Эндолюмбальная трансплантация фетальных нервных клеток [3] в виде суспензии является безопасным методом, позволяющим неоднократно введение суспензии с лечебной целью. Применение фетальной нервной ткани при лечении рассеянного склероза даёт положительный клинический эффект в виде частичного регресса (спастичности, шаткости при ходьбе). Метод нейротрансплантации не вызывает серьёзных клинических и клинико-лаборатор-

ных осложнений, которые ухудшили бы соматическое состояние или вызвали утяжеление основного заболевания.

Клинический результат безопасности и эффективности фетальной трансплантации нейроцитов показан на примере пациентки с прогрессирующей формой РС, наблюдаемой в условиях поликлиники врачом-невропатологом. Критериями включения больной в программу пересадки фетальных нейроцитов были:

- возраст от 17 до 55 лет;
- верифицированный диагноз: Рассеянный склероз – течение первично-прогрессирующее;
- балл инвалидизации по шкале EDSS от 2,5 (имеет место «мягкая» инвалидизация в одной из функциональных систем или минимальная инвалидизация в двух функциональных системах);
- отсутствие когнитивных нарушений и тяжёлых соматических заболеваний.

Шкала EDSS – расширенная шкала оценки степени инвалидизации для больных с РС – это своеобразная рейтинговая система, которая часто используется для стандартизации и количественной оценки состояний пациентов с РС. По ней определяется возможность включения пациента в исследования.

Активность заболевания определяли с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ), выявляющей наличие очагов демиелинизации, накапливающих контрастное вещество в головном и спинном мозге, либо клинически – при наличии данных свидетельствующих о быстром прогрессировании заболевания.

График оценки неврологического статуса был следующим:

до пересадки; при выписке из стационара;

а) после трансплантации:

- через 3 месяца;
- через 6 месяцев;
- через 9 месяцев;
- через 12 месяцев;

б) в течение 2 лет:

- через 6 месяцев;
- через 12 месяцев.

Ответ на лечение оценивали по изменению степени инвалидизации больной и активности заболевания.

Клиническим улучшением считаем уменьшение выраженности неврологической симптоматики по меньшей мере на 0,5 балла по шкале EDSS по сравнению с исходным уровнем при условии, что это улучшение было подтверждено через 3 месяца при следующем визите. При исследовании нами выделено по данным МРТ следующее улучшение: уменьшение количества активных очагов при уменьшении количества и объеме старых очагов.

Процедура трансплантации хорошо перенесена больной. Не было осложнений в посттрансплантационный период. Побочным эффектом явилась слабость, бессонница.

Приведём клинический результат наблюдения больной Ч. 1979 года рождения. Диагноз: Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма, первично-прогрессирующее течение. Длительность заболевания составляла до 8 лет. Отмечены жалобы на общую слабость, раздражительность, затрудненное движение конечностей, головокружение, быструю утомляемость, задержку мочеиспускания и запоры. В 2003 г. больная отметила снижение остроты зрения на оба глаза, больше слева, двоение, через 6 месяцев появилась шаткость при ходьбе. При МРТ головного и спинного мозга в 2004 году в белом веществе обоих полушарий в проекции мозолистого тела выявлены множественные гиперденситивные очаги размером до 14 мм. При обследовании у офтальмолога диагностирован ретробульбарный неврит. Проводилась терапия циклофероном, плазмоферезом без отчетливого результата. В последующем наблюдались обострения 2 раза в год. По данным МРТ в 2005 г. отмечена выраженная отрицательная динамика: появление очагов в шейном отделе спинного мозга. На фоне проводимой терапии (пульс – терапия солюмедролом, плазмоферез, циклоферон, метаболическая ноотропная терапия) отмечалось прогрессирующее нарастание шаткости походки, ухудшение зрения. В ноябре 2009 года больная поступила в Республиканский научный центр нейрохирургии (г. Астана, РК) в отделение неврологии для проведения пересадки фетальных нейроцитов. Данные МРТ при поступлении (от 24.11.2009 г.) 28 очагов размером от 4 до 12 мм (перивентрикулярная зона справа) в головном мозге, 3 очага от 10 до 13 мм в шейном отделе спинного мозга. В головном мозге обнаружено 12 очагов, накапливающих контрастный препарат (от 3 до 12 мм), в шейном отделе спинного мозга – один очаг диаметром 5 мм.

В неврологическом статусе: ЧМН без патологии, тетрапарез более выраженный в нижних конечностях, сухожильные рефлексы высокие, оживлены, D=S, мышечный тонус повышен по спастическому типу, координаторные пробы с интенцией, в позе Ромберга пошатывается. Ходьба с дисбазией, с широкой базой опоры.

Пересадка фетальных нейроцитов проведена 28.11.2009 г. Для пациентки была приготовлена взвесь фетальных клеток головного, спинного мозга и периферической нервной системы в пропорции 0,6:0,3:0,1 с содержанием 100 млн. клеток в объеме 2-3 мл эмбрионального ликвора. При данной пропорции оптимальным образом происходит приживание и замещение зон мозговой ткани реципиента с органическими поражениями ЦНС. Способ выполняют в следующей последовательности. Осуществляют забор 2 – 3 мл ликвора при люмбальной пункции на уровне L3-L4 позвонков для замещения в дальнейшем указанной суспензией клеток, через ту же иглу, которой осуществляли люмбальную пункцию. Введенное количество – 100 млн. клеток обес-

печивают более быстрый регресс неврологической симптоматики. Больному предписывают постельный режим в течение 24-26 часов.

В посттрансплантационном периоде наблюдалось улучшение нейропсихологических функций, улучшение двигательной активности и нарастание мышечной силы. Удлинился период ремиссии, уменьшилось число обострений в течение года в 2 раза. Через 6 месяцев процедура трансплантации повторилась. В данное время больная готовится к третьей пересадке фетальных нейроцитов.

При контрольном обследовании через 3 месяца после трансплантации у больной отмечено снижение балла инвалидизации EDSS до 1,5 (исходное значение 2,5 балла). Данные МРТ через 3 мес после пересадки (от 21/02/09 г.): 26 очагов размером от 4 до 12 мм в головном мозге, 3 очага размером от 10 до 13 мм в шейном отделе спинного мозга. Очагов,

накапливающих контраст, в головном и спинном мозге нет.

Таким образом, по данным МРТ зарегистрирована положительная динамика в виде уменьшения количества (с 28 до 26 – исчезновение 2 очагов в перивентрикулярной зоне слева) и размеров очагов в головном мозге (уменьшение размера очага в перивентрикулярной зоне справа с 4 до 12 мм) при отсутствии накопления контрастного препарата в головном и шейном отделе спинного мозга.

В дальнейшем, через 6, 12 и 18 месяцев после пересадки, значение EDSS сохранялось на уровне 1,5 балла, данные МРТ были без динамики по сравнению с данными от 21.02.2009 г.

Таким образом, у больной зарегистрирован ответ на лечение в виде клинического улучшения (снижение балла EDSS на 1,0) и положительной динамики на МРТ (исчезновение активных очагов в головном мозге).

Список использованной литературы:

1. Гусев Е.И. Рассеянный склероз // *Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно. – 4-е изд. – М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2005. – Т. 1. – С. 444 – 459.*
2. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. – М.: Медицина, 2003.
3. Миронов Н.В., Шмырев В.И., Бугаев В.С., Аникин А.Ю., Молнер М., Сухих Г.Т. Эндолумбальный метод нейротрансплантации фетальных клеток головного мозга человека в неврологии. – *Медикал Маркет, 1995. – № 3. – С. 84-87.*
4. Миронов Н.В., Шмырев В.И., Бугаев В.С., Аникин А.Ю. Применение нейротрансплантации фетальных клеток головного мозга человека в лечении некоторых неврологических заболеваний. – *Трансплантация фетальных тканей и клеток человека. – Сб.ст. – М., 1996. – С 50-52.*
5. Левин Ю.М. Основы лечебной лимфологии. – Москва: Медицина, 1986.
6. Полежаев Л.В., Александрова М.В. Трансплантация ткани мозга в норме и патологии. – М., 1986.
7. Миронов Н.В., Шмырев В.И., Бугаева В.С., Миронов И.Н., Сухих Г.Т. Метод лечения неврологических больных внутривенным введением фетальных клеток человека. – заявка № 96112682 от 8 июля 1996 г.
8. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Кузнецов А.Н. и др. Аутологичная трансплантация кроветворных стволовых клеток при рассеянном склерозе: результаты исследования Российской кооперативной группы клеточной терапии // *Неврол. журн. – 2008. – № 2. – С. 11-18.*
9. «Англо русский толковый словарь генетических терминов». Арефьев В.А., Лисовенко Л.А. – Москва: Изд во ВНИРО, 1995.

УДК 616.833

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА ПЕРВОГО ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА – КИАРИ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭЭГ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ (Клиническое наблюдение)

Л.С. Турганбаева

врач-невропатолог поликлиники филиала медицинского центра «Евразия», г. Аксу (Павлодарская область, РК)

Нейрофиброматоз – это заболевание, имеющее аутосомно-доминантный тип наследования с одинаковой частотой у мужчин и у женщин, у 1 из 3500 новорождённых [1, 2] и характеризующееся развитием доброкачественных и злокачественных опухолей нервной системы. Выделяют нейрофиброматоз

типа I (NF1), болезнь Реклингхаузена или периферический нейрофиброматоз и нейрофиброматоз типа II (NF2), центральный нейрофиброматоз.

NF1 самое распространённое наследственное заболевание, предрасполагающее к возникновению опухолей у человека. Это заболевание было описа-

но во второй половине XIX века рядом исследователей, в том числе в 1882 году учеником Рудольфа Вирхова Фридрихом фон Реклингхаузенем. Нейрофиброматоз I типа был первым опухолевым заболеванием с доказанным генетическим происхождением [3]. Локус генов, поломка которых приводит к развитию нейрофиброматоза, располагается на длинном плече 17 хромосомы [1]. Он состоит из 400 тысяч нуклеотидных пар. В нём содержится информация, ответственная за синтез одного из составляющих миелин гликопротеина, нейрофибромина и других белков.

Клиническая картина. Нейрофиброматоз I типа проявляется рядом патогномоничных симптомов. К ним относят наличие пигментных пятен на коже цвета «кофе с молоком», нейрофибром, большинство из которых располагаются поверхностно на коже, узелки Лиша – гамартомы радужной оболочки глаза [5]. Нейрофибромы чаще локализируются по ходу периферических нервов. Однако может поражаться спинной и головной мозг, находят нейрофибромы на веках, конъюнктиве, в средостении, брюшной полости. В зависимости от расположения нейрофибромы могут вызвать различную клиническую симптоматику: судороги, нарушение функции черепных нервов и сегментов спинного мозга, паралич глазных мышц, птоз, сдавление органов средостения. Проявления данного заболевания могут коснуться и строения позвоночника – сколиоз, структурные изменения костно-мышечной системы, когнитивные нарушения, снижение остроты зрения, эпилепсия.

Макроскопический препарат – нейрофибромы.

Гистологический препарат – плексиформной нейрофибромы.

Кожные нейрофибромы представлены небольшими доброкачественными и ограниченными новообразованиями. Они располагаются подкожно, растут на оболочках мелких нервов кожи. Плексиформные нейрофибромы развиваются на крупных нервах и приводят к нарушению их функций [7]. Также плексиформные нейрофибромы характеризуются своими большими размерами. Встречаются у 30% больных нейрофиброматозом I типа [2].

Клинически повреждение нерва проявляется хроническими болями, онемением и/или параличами мышц. При нейрофиброматозе I типа частота развития опухолей центральной нервной системы (ЦНС) составляет от 5% [2] до 30% [8, 9]. Во многих случаях опухоли ЦНС у больных нейрофиброматозом не выявляются [3]. Впервые взаимосвязь между нейрофиброматозом I типа и внутричерепными новообразованиями была отмечена в 1940 году [3].

Наиболее часто возникающими при данном заболевании опухолями ЦНС являются глиомы зрительных нервов, астроцитомы, эпендимомы, невриномы слухового нерва, менингиомы и нейрофибромы [3, 4].

Клиническая картина при опухолях ЦНС будет зависеть от их размеров, месторасположения и вовлечённых в патологический процесс образований.

Пигментные нарушения

Для нейрофиброматоза патогномоничны пигментные пятна от светло-бежевого до тёмно-коричневого цвета, которые выявляют на коже туловища и конечностей, реже на лице, шее, слизистой оболочке полости рта. Они имеют гладкую поверхность, не выступают над уровнем кожи. При гистологическом исследовании пигментных пятен обнаруживают диффузное скопление в сосочковом слое дермы меланобластов и меланоцитов с включениями меланина в цитоплазме [7]. Данные пигментные пятна носят характер пятен цвета «кофе с молоком» (фр. *café-au-lait*, англ. *milk coffee*) и «веснушчатых гроздьев» [8]. В некоторых случаях пятна имеют синий или фиолетовый цвет, реже встречается депигментация [3].

Гамартома. Узелки Лиша встречаются практически у всех больных нейрофиброматозом I типа старше 20 лет. Они представляют небольшие белесоватые пятна (гамартомы) на радужке глаза. Узелки Лиша не видны невооружённым взглядом, необходимо офтальмологическое обследование. Данные узелки не встречаются при других формах нейрофиброматоза [7].

Костные изменения. Кифосколиоз у больного нейрофиброматозом I типа. Для выраженного нейрофиброматоза характерна деформация позвоночника в виде сколиоза, возможны краевые дефекты тел позвонков, их суставных и поперечных отростков, расширение межпозвоночных отверстий и эрозии их краёв, узурсы нижних краёв задних отделов рёбер, вызванные давлением нейрофиброматозных узлов [6]. Длинные трубчатые кости могут быть атрофичными, изогнутыми, иногда же, наоборот, гипертрофированными, утолщёнными. Компактное вещество в гипертрофированной кости утолщено. На поверхности кости видны периостальные гребни, иногда обнаруживаются и параостальные окостенения. Внутрикостные нейрофибромы в трубчатых костях выглядят как ограниченные вздутия и кистовидные образования [6].

При вовлечении в процесс костей черепа обнаруживается его асимметрия. Особенно выраженной она бывает при деформациях его лицевой части и стенок глазницы. В костях свода черепа возможны дефекты и узурсы, участки атрофии кости или явления гиперостоза [8].

Дополнительные клинические проявления нейрофиброматоза I типа

Когнитивные нарушения – затруднения освоения письма, чтения, математики. Часто сочетаются с умеренным снижением интеллекта (IQ<70) [2]. У больных часто отмечаются депрессия из-за стыда,

вызываемого обезображиванием тела и лица нейрофибромами, боязнь общества;

Эндокринные расстройства – феохромоцитома [4], нарушение роста и полового созревания [9].

В нашем случае под наблюдением невролога с 2008 года находится больной З., 59 лет, славянской национальности, инженер АО ЕАК ЦТАИ, был выявлен на медосмотре при поступлении на работу. Данное наблюдение – классический нейрофиброматоз I типа, без интеллектуального дефицита и эпилепсии.

Соматический статус: правильного телосложения, удовлетворительного питания, рост 170 см, вес 80 кг, деформация лицевого черепа слева в области височной кости и латеральной стенки левой глазницы, кожные покровы на левой половине лица, волосистой части головы, шеи с возвышающимися уплотнениями: нейрофибромы цвета кожи на ножке, несколько болезненные при пальпации в количестве 28, подкожные уплотнения – плексиформные нейрофибромы по ходу периферического нерва с гиперпигментацией и гипертрихозом, также болезненные при пальпации.

Неврологический статус: адекватный, интеллект сохранен, лабильный эмоциональный фон, тревожность, легкая депрессия.

При люмбальной пункции церебральная жидкость не получена. Проведено нейровизуализационное обследование - МРТ головного мозга без патологических изменений. МРТ шейного отдела позвоночника – признаки остеохондроза шейного отдела с нарушением статики, ретролистеза С3, С5, С6 позвонков, протрузии межпозвонковых дисков С2 – С3, С3 – С4, С6 – С7, спондилоартроза, унко – вертебрального артроза, синдрома арнольда – Киари 0 – 1 степени. На ЭЭГ – альфа ритм с индексом распределения 100%, с частотой 9 Гц, амплитудой 147 мкВ, с локализацией в затылочной области, со слабо выраженными модуляциями, с сохраненными зональными различиями, с четко выраженной реакцией на открывание и закрывание глаз. Бета ритм с индексом распределения 73%, без патологических изменений. Тета ритм – волны с высоким индексом распределения 99%, с высокой амплитудой до 104 мкВ, дельта – волны также с высоким индексом распределения до 86%. Реакция на ритмический свет: реакция следования на ФС выявлена на частоты 4, 5, 9, 10 Гц, депрессия на в/ч стимуляцию выявлена на частоты 13, 14, 15 Гц. Эпи – комплексы не зарегистрированы. Билатерально синхронные вспышки – зарегистрированы в виде альфа – волн с частотой 9 Гц и амплитудой 220 мкВ во всех отведениях, длительностью менее 1 сек.

Резюме: умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга преимущественно регуляторного характера с дисфункцией (раздражением) таламических, диэнцефальных структур со склонностью их к пароксизмальной активности. Очаговых полушарных изменений не регистрируется. УЗДГ брахиоцефальных артерий – эхо признаки нестенозирующего атеросклеротических изменений сосудов брахиоцефальной области, симптом позвоночно – подключичного обкрадывания слева. На РЭГ – вертеброгенное воздействие на гемодинамику компрессионного и рефлекторного характера.

Пациент находится на хорошем счёту как профессионал: инженер цеха автоматизации и измерения «Евразийской энергетической корпорации».

В данном клиническом наблюдении NF1 – отмечается сочетание основной патологии с пароксизмальной активностью потенциалов головного мозга в виде билатерально – синхронных вспышек высокоамплитудного альфа ритма, без проявлений эпилептических припадков и синдрома Арнольда – Киари.

Таким образом, нейрофиброматоз I типа – комплексное нейрокожное заболевание [8] требующее наблюдения и лечения различными специалистами. В настоящее время для лечения NF1 используются методы симптоматической терапии. В некоторых случаях прибегают к оперативному лечению для удаления узлов, вызывающих сильные боли и с косметической целью. При подозрении на малигнизацию применяют комбинированное лечение: операция, лучевая и химиотерапия. Успех в лечении NF1 будет успешным в результате сотрудничества между врачами неврологами, эпилептологами, нейрохирургами и учеными, наличия тщательно документированных клинических, нейрофизиологических и нейровизуализационных данных, исследований крови и тканей. Это позволит уменьшить страдания больных. А развитие молекулярной биологии дает надежды на прицельную терапию этого тяжелого недомогания [9].

Список использованной литературы:

1. Бадалян Л.О., Таболин В.А., Вельтцев Ю.Е. *Наследственные болезни у детей.* – М.: Медицина, 1971. – С. 321.
2. *Болезни нервной системы: Рук-во для врачей: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульман.* – 3-е изд. – М.: Медицина, 2003. – Т.2. – С. 27 – 31.
3. Квасницкий Н.В., Цымбалюк В.И. *Диагностика и дифференцированное лечение нейрофиброматоза I типа.* – 2003. – № 4 (36). – С. 97 – 104.
4. Макурдумян Л.А. *Нейрофиброматоз I типа. Проблемы диагностики и лечения // Лечащий врач.* – 2001. – № 10. – С. 35 – 40.

-
-
5. Мосин И.М. Факоматозы // *Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва* / Под ред. А.М. Шамишиновой. – М.: Медицина, 2001. – С. 325 – 350.
 6. Холин А.В. *Магнитно – Магнитно - резонансная томография при заболеваниях нервной системы.* – СПб.: Гиппократ, 2000. – 54 с.
 7. *Международный неврологический журнал.* – 2007. – 5 (15). / *Практикующему неврологу / To practicing Neurologist.*
 8. Шнайдер Н.А. *Нейрофиброматоз 1 типа (болезнь Реклингхаузена). Учебное пособие для внеаудиторной работы клинических ординаторов.* – Красноярск: Изд-во ГОУ ВПО КрасГМА, 2007. – 82 с.
 9. Мордовцев В.Н., Мордовцева В.В., Филипова М.Г., Мозолевский Ю.В. *Ранняя диагностика нейрофиброматоза 1 типа – основа профилактики осложнений системной патологии.* – 2007. – С. 78 – 85.
 10. *«Англо русский толковый словарь генетических терминов».* Арефьев В.А., Лисовенко Л.А. – Москва: Изд-во ВНИРО, 1995.

НЕКРОЛОГИ

СЕМКЕ ВАЛЕНТИН ЯКОВЛЕВИЧ **(08.09.1936 – 15.03.2013)**



15 марта 2013 г. на 77-м году жизни безвременно ушёл из жизни Валентин Яковлевич Семке – замечательный человек, академик российской академии медицинских наук, заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор.

Валентин Яковлевич – директор ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук, Почетный советник по Евразийскому региону Всемирной ассоциации культуральной психиатрии, Председатель секции этнопсихиатрии и этнонаркологии Российского общества психиатров, Президент Международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов, Член русской секции немецкого общества психиатров, психотерапевтов и неврологов, Член Комиссии ВОЗ по систематике пограничных состояний, Почетный Член Консультативного совета Американского Биографического Института (США), Академик Международ-

ной академии информатики, Академик Международной академии медицинской антропологии, Академик Кыргызской академии наук, Академик Тихоокеанской Международной академии наук.

С 1986 года в течение 26 лет он являлся директором Института психического здоровья в г. Томске, и возглавлял разработку новых научных направлений в пограничной геронтопсихиатрии и кризисологии, валеопсихологии и клинической персонологии. Теоретико-методологические основы этих концепций получили признание во всем мире и были изложены в более чем 1300 научных работах, им написаны более 50 монографий.

Под руководством В.Я. Семке выросло несколько поколений молодых ученых. Им подготовлено 43 доктора наук и 80 кандидатов медицинских наук. В практической деятельности его отличали высочайший профессионализм, особый стиль руководства, который развивал способность думать и работать творчески. Сложные вещи он умел излагать просто и интересно. Обаяние, исключительное тепло и дружеские отношения согревали его коллег и сотрудников НИИПЗ.

Наш коллектив выражает глубокое соболезнование родным, близким, коллегам, ученикам и всем людям, знавшим В.Я. Семке. Мы всегда будем помнить Валентина Яковлевича, как чуткого и отзывчивого человека, талантливого врача, выдающегося ученого, да и просто Человека. Он оставил после себя след душевного тепла в сердцах всех тех, кто его знал.

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

РЕЗЮМЕ

К ПРОБЛЕМЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Л.Л. Мациевская, Г.М. Мулдаева, А.Т. Ескалиева, Т.В. Пак, Г.А. Садвакасова

В статье, носящей проблемный характер, обсуждаются вопросы организации и внедрения профилактических аддиктологических программ в звене первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Оценивается и сопоставляется роль интернистов и специалистов в области ментального здоровья, с обозначением перспектив и трудностей внедрения профилактической аддиктологии.

Ключевые слова: аддикт, химические и нехимические зависимости, психологическое здоровье, врач общей практики, психолог, социальный работник.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РЕЛИГИОЗНОГО ЭКСТРЕМИЗМА И ДЕСТРУКТИВНЫХ КУЛЬТОВ НА ТЕРРИТОРИИ КАЗАХСТАНА И ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ В ТОМ ЧИСЛЕ

Н.Ф. Фесенко

В статье рассматриваются актуальные на данный момент проблемы развития экстремизма и деструктивных культов на территории Казахстана, а также особенности их возникновения. Дается определение экстремизма и деструктивных культов, используемое в мировых практиках, методы привлечения и наиболее распространенные предпосылки попадания молодежи в деструктивные культы

К ПРОЕКТУ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «О ПСИХОТЕРАПИИ»

А.Л. Катков

В статье «К проекту Федерального закона Российской Федерации «О психотерапии» автора А.Л. Каткова приводятся краткие сведения об этапах подготовки основополагающего законодательного документа в сфере регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности в Российской Федерации, а также тексты пояснительной записки и основного документа. Как в первом, так и во втором тексте основной акцент делается на понимание и структурирование профессиональной психотерапии в качестве актуальной социальной практики, эффективной в отношении наиболее острых, деструктивных проблем, с которыми общество сталкивается в последние десятилетия.

Ключевые слова: психотерапия, закон, актуальность.

К ПРОГРАММЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПО ТЕМЕ «ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С РИСКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ) И ЭКСПРЕСС-ПСИХОТЕРАПИЯ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

А.З. Нургазина, А.Л. Катков, К.Ж. Алина

В статье «К программе тематического усовершенствования по теме «Психолого-психотерапевтическая помощь лицам с рисками вовлечения в социальные эпидемии (психологические аддикции) и экспресс-психотерапия» на этапе первичной профилактики»» аргументируется необходимость разработки такого рода

программы подготовки специалистов психотерапевтического профиля. Подробно расписываются основные разделы образовательной программы. Комментируются теоретические и практические блоки. Приводятся сведения об эффективности обучения курсантов на тематических циклах.

Ключевые слова: тематическое усовершенствование, психолого-психотерапевтическая помощь, экспресс-психотерапия, учебная программа.

СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

А.Б. Кенжалиева, О.М. Шамарданова, Г.Р. Мукашева

В статье освещаются отдельные практические вопросы, касающиеся суицидальной активности при шизофрении. На примере ретроспективного анализа клинических случаев определен клинико-психопатологический портрет суицидентов, чаще всего проходящих лечение в психиатрическом стационаре.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СФЕРЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (на примере отдельной медицинской организации)

С.К. Макубаева

В статье представлена информация, полученная в ходе анкетирования родителей, чьи дети получали психиатрическую помощь. Методика применялась для оценки качества проводимых мероприятий. Приведён анализ полученных данных с позиций их индикаторного значения.

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

З.У. Мурсакина

В статье приводится теоретическая характеристика вопросов, связанных с феноменом «агрессии». С помощью анализа практических случаев сделана попытка определения клинического портрета агрессивного поведения больных в психиатрическом стационаре. Описана клинико-психологическая характеристика агрессивного поведения в пределах отдельных нозологических групп.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАКРОСТРУКТУРЫ, ГРУППЫ И ЭТАПЫ СЕКТОРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СИСТЕМЕ МИНИСТЕРСТВА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

В статье «Общая характеристика макроструктуры. Группы и этапы сектора государственной наркологической помощи, оказываемой в системе МОЗ Украины» автора А.Л. Каткова приводятся данные по макроструктуре системы наркологической помощи в Украине. В частности, выделяются пять секторов и пять этапов профильной помощи. Дается подробная характеристика охватываемых групп населения и этапов НП, представленных в главном – государственном секторе МОЗ Украины. Делается вывод о структурном и технологическом дефиците оформления трех из пяти этапов НП, представленных в рассматриваемом секторе.

Ключевые слова: наркологическая помощь, макроструктура, охват, этапы

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ
В ВЕРИФИКАЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
(на примере патохарактерологического развития)**

С.К. Макубаева

В статье освещён вопрос дифференциальной диагностики патохарактерологического развития, как одной из самых неоднозначных нозологий, встречающихся в подростковом возрасте. Даны определения границ характерологических и патохарактерологических поведенческих реакций. Освящена характеристика феномена патохарактерологического развития личности подростка. Предложены стадии дифференциально-диагностического поиска данной нозологии.

К ВОПРОСУ О ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

З.У. Мурсакина

В статье освещён теоретический аспект проблемы аффективных расстройств у женщин в послеродовой период, как одной из ключевых проблем, находящихся на стыке психиатрии и акушерской практики. Дана клинико-психопатологическая характеристика данной группы состояний.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СНА

Н.И. Распопова, А.А. Бобряшов

В данной статье представлен анализ клинических особенностей депрессивных расстройств, выявленных у 230 пациентов общей медицинской практики, разработаны критерии их диагностики, описаны механизмы влияния депрессий на клинику и течение соматической патологии. Приведены результаты международных нейрофизиологических исследований, доказывающих важную роль нарушений циркадианного ритма в развитии депрессий и инновационные подходы к терапии депрессивных расстройств новым антидепрессантом, действующим началом которого является агомелатин.

Ключевые слова: депрессия, расстройства сна, терапия.

**О МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ В ПРОЕКТЕ
«ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ И ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ
В ИЗБРАННЫХ ГОРОДАХ УКРАИНЫ (КИЕВЕ, ПОЛТАВЕ, ХАРЬКОВЕ)
И РАЗРАБОТКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОГО НАУЧНО-
ОБОСНОВАННОГО И ИНТЕГРИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ
НАРКОЗАВИСИМОСТИ, ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ»**

А.Л. Катков

В статье «О методологии исследования, используемой в проекте «Оценка потребностей и потенциала системы лечения наркозависимых лиц в избранных городах Украины (Киеве, Полтаве, Харькове) и разработка концептуальной модели комплексного научно-обоснованного и интегрированного подхода к лечению наркозависимости, профилактике ВИЧ» автора А.Л. Каткова рассматриваются вопросы методологии проведения комплексной оценки потребностей в наркологической помощи у различных групп населения, потенциала действующей системы профилактики, лечения и реабилитации наркозависимых лиц. Формулируются цели, задачи и результаты исследования. Основной акцент делается на описание инструментов исследования и алгоритма их использования. Подчеркивается адекватность общей методологии и инструментария целям и задачам проекта.

Ключевые слова: наркологическая помощь, потребность, потенциал, исследование

**ПРОБЛЕМА СТРУКТУРИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ:
МЕХАНИЗМЫ ВРЕМЕННОЙ ДЕЗАКТУАЛИЗАЦИИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ
(сообщение 1)**

Ф.Б. Плоткин

Стремление к структурированию времени определяется как одна из базовых потребностей человека. В представленном сообщении рассматриваются феномены времени и пространства, особенности их восприятия, исходящие из менталитета личности. Описаны варианты индивидуального переживания скорости протекания времени в зависимости от эмоционального состояния, характера деятельности, внешних обстоятельств, возраста и т.д. Указаны способы структурирования времени в русле теории транзактного анализа, их трансформация в условиях современного «общества потребления» и распространения массовой псевдокультуры. Рассмотрена роль приёма алкоголя как способа структурирования времени. Детально анализируется феномен скуки и различные стратегии её избегания. Подчеркивается значение творческого подхода к деятельности в процессе структурирования времени, а также значение самоактуализации личности и реализации её внутреннего потенциала в плане осознания и принятия высших жизненных ценностей и смыслов.

Ключевые слова: структурирование времени, пространство и время, транзактный анализ, скука, творчество, искусство.

**ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ФЕТАЛЬНЫХ НЕЙРОЦИТОВ
НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНОЙ
С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА
(Клиническое наблюдение)**

Л.С. Турганбаева

Одним из новых подходов к лечению рассеянного склероза (РС) является фетальная трансплантация нейроцитов. Метод фетальной нейротрансплантации может считаться перспективным направлением в коррекции нарушенных функций при рассеянном склерозе. Применение фетальной нервной ткани при лечении рассеянного склероза даёт положительный клинический эффект в виде частичного регресса (спастичности, шаткости при ходьбе). В статье представлен клинический результат безопасности и эффективности данного метода у пациентки с прогрессирующей формой РС (возраст 33 г.). Через год после трансплантации у больной наблюдался ответ в виде стабилизации и улучшения по показателям активности заболевания.

Ключевые слова: трансплантация фетальных нейроцитов, рассеянный склероз, прогрессирующая форма.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА ПЕРВОГО ТИПА
В СОЧЕТАНИИ С АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА – КИАРИ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭЭГ
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ
(Клиническое наблюдение)**

Л.С. Турганбаева

Представлено описание больного с нейрофиброматозом типа 1, проведён обзор литературы по данной проблеме. Больной – работник Аксуского завода ферросплавов, инженер по специальности, 59 лет. В неврологическом статусе – адекватный, без когнитивного дефицита, без очаговой, стволовой и ликвородинамической симптоматики. При осмотре костного скелета: деформация лицевого черепа и глазницы слева; кожных покровов - нейрофиброзные образования левой половины лица, волосистой части головы, шеи, конъюнктивы, пигментные пятна «кофе с молоком» на грудной клетке, верхних конечностей. При офтальмологическом исследовании: гамартома радужки (узелки Лиша). На ЭЭГ отмечается дисфункция таламических структур со склонностью их к пароксизмальной активности. На МРТ головного мозга патологических изменений не выявлено, на МРТ шейного отдела позвоночника – синдром Арнольда – Киари.

Ключевые слова: нейрофиброматоз, нейрофиброма, гамартома, пигментные пятна «кофе с молоком», аномалия Арнольда – Киари, электроэнцефалография.

SUMMARY

TO A PROBLEM OF EPIDEMIOLOGY AND AFTERTREATMENT OF DEPENDENCES AT THE LEVEL OF PRIMARY MEDICOSANITARY HELP

L.L. Macievszkaya, G.M. Muldaeva, A.T. Eskalieva, T.V. Pak, G.A. Sadvakasova

In article having problem character, questions of the organization and introduction of preventive addictological programs in a primary medicosanitary help link are discussed. The role of internist and experts in the field of mental health, is estimated and compared with designation of prospects and difficulties of introduction of a preventive addictology.

Keywords: addict, chemical and not chemical dependences, psychological health, the doctor sheathe practitioners, the psychologist, the social worker.

SOME ASPECTS OF DIFFUSION OF RELIGIOUS EXTREMISM AND DESTRUCTIVE CULTS IN THE TERRITORY OF KAZAKHSTAN AND THE PAVLODAR REGION INCLUDING

N.F. Fesenko

In article problems of development of extremism actual at present and destructive cults in the territory of Kazakhstan, and also feature of their emergence are considered. Definition of extremism and the destructive cults, used in world practices, methods of attraction and the most widespread preconditions of hit of youth in destructive cults is given.

TO THE DRAFT OF THE FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION «ABOUT A PSYCHOTHERAPY»

A.L. Katkov

In the article «To the draft of the Federal law of the Russian Federation «About a psychotherapy» by the author A.L. Katkov are provided short data on stages of preparation of the fundamental legislative document in the sphere of adjustment of professional psychotherapeutic activity in Russian Federation, and also texts of the explanatory note and the main document. Both in the first, and in the second text the main emphasis is placed on comprehension and structuring a professional psychotherapy as actual social practice, effective concerning the most acute, destructive problems which society faces in the last decades.

Keywords: psychotherapy, law, relevance.

TO THE PROGRAM OF THEMATIC IMPROVEMENT ON THE SUBJECT «THE PSYCHOLOGY-PSYCHOTHERAPEUTIC HELP TO PERSONS WITH RISKS OF INVOLVEMENT IN SOCIAL EPIDEMICS (PSYCHOLOGICAL ADDIKTION) AND AN EXPRESS PSYCHOTHERAPY AT A STAGE OF PRIMARY PREVENTION»

A.Z. Nurgazina, A.L. Katkov, K.Zh. Alina

In the article «To the Program of Thematic Improvement on the Subject «The Psychology-psychotherapeutic Help to Persons with Risks of Involvement in Social Epidemics (Psychological Addiktion) and an Express Psychotherapy» at a Stage of Primary Prevention» need of development of the such program of training of specialists of a psychotherapeutic profile is reasoned. In detail the main sections of an educational program undersign. Theoretical and practical blocks are made comments. Data on learning efficiency of cadets on thematic cycles are provided.

Keywords: thematic improvement, psychology-psychotherapeutic help, express psychotherapy, training program.

SUICIDAL ACTIVITY AT SCHIZOPHRENIA

A.B. Kenzhalieva, O.M. Shamardanova, G.R. Mukasheva

In article the single practical questions concerning suicidal activity at schizophrenia are taken up. On the example of the retrospective analysis of clinical cases the cliniko-psychopathologic portrait of suicidents, most often passing treatment in a psychiatric hospital is defined.

USE OF A METHOD OF QUESTIONING OF PARENTS FOR AN ASSESSMENT OF QUALITY OF MEDICAL SERVICES IN THE SPHERE OF CHILDREN'S PSYCHIATRY (on the example of the separate medical organization)

S.K. Makubaeva

In this article is presented an information received during questioning of parents, whose children received the psychiatric help. The technique was applied to an assessment of quality of held events. The analysis of the obtained data from positions of their indicator value is provided.

AGGRESSIVE BEHAVIOR OF PATIENTS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

Z.U. Mursakina

The theoretical characteristic of the questions bound to a phenomenon of «aggression» is provided in article. By means of the analysis of practical cases attempt of definition of a clinical portrait of aggressive behavior of patients in a psychiatric hospital is made. The cliniko-psychological characteristic of aggressive behavior within separate nosological groups is described.

GENERAL CHARACTERISTIC OF A MACROSTRUCTURE. GROUPS AND STAGES OF SECTOR OF THE STATE NARCOLOGICAL HELP RENDERED IN SYSTEM OF THE MINISTRY OF HEALTH PROTECTION OF UKRAINE

A.L. Katkov

In the article «General Characteristic of a Macrostructure. Group and Stages of Sector of the State Narcological Help Rendered in System of Ministry of health protection of Ukraine» by the author A.L. Katkov are present data on the macro-structure of drug treatment in Ukraine. In particular, five sectors and five stages of the profile help are allocated. The detailed characteristic of covered groups of the population and the stages of scientific program presented in the main thing – public sector of MOZ of Ukraine is given. The conclusion about structural and technological deficiency of veneering of three of five stages of SP presented in surveyed sector is drawn.

Keywords: narcological help, macrostructure, coverage, stages.

DIFFERENTIAL AND DIAGNOSTIC ASPECT IN VERIFICATION OF BEHAVIOURAL DISORDERS OF TEENAGE AGE (on the example of pathocharacterological development)

S.K. Makubaeva

In article the question of differential diagnostics of pathocharacterological development, as one of the most ambiguous nosologies meeting at teenage age is taken up. Delimitations of characterologic and pathocharacterological

behavioural reactions are given. The characteristic of a phenomenon of pathocharacterological development of the person of the teenager is consecrated. Stages of differential and diagnostic search of this nosology are offered.

TO A QUESTION OF PUERPERAL AFFECTIVE DISORDERS

Z.U. Mursakina

In article the theoretical aspect of a problem of affective disorders at women during the postnatal period, as one of the key problems being on a joint of psychiatry and obstetric practice is shined. The cliniko-psychopathologic characteristic of this group of conditions is given.

INNOVATIVE APPROACHES TO THERAPY OF DEPRESSIONS WITH SOMATIC DISORDERS

N.I. Raspopova, A.A. Bobryashov

This article presents an analysis of the clinical features of depression identified in 230 patients of general medical practice, developed criteria for their diagnosis, describes the mechanisms of influence of depression on the clinic and for somatic disease. The results of international neurophysiological studies proving the important role of circadian rhythm disorders in depression and innovative approaches to the treatment of depressive disorders, a new antidepressant, which is the active principle of agomelatine.

Keywords: depression, sleep disorders, therapy.

ABOUT THE METHODOLOGY OF RESEARCH USED IN PROJECT «ASSESSMENT OF REQUIREMENTS AND CAPACITY OF SYSTEM OF TREATMENT OF DRUG DEPENDENT IN THE CHOSEN CITIES OF UKRAINE (KIEV, POLTAVA, KHARKOV) AND DEVELOPMENT OF CONCEPTUAL MODEL OF COMPLEX OF SCIENTIFIC AND REASONABLE AND AN INTEGRATED APPROACH TO DRUG ADDICTION TREATMENT, HIV PREVENTION

A.L. Katkov

In the article «About the methodology of research used in project «Assessment of Requirements and Capacity of System of Treatment of Drug dependent in the Chosen Cities of Ukraine (Kiev, Poltava, Kharkov) and development of conceptual model of complex of scientific and reasonable and an integrated approach to Drug Addiction Treatment, HIV Prevention» by the author A.L. Katkov are considered questions of methodology of carrying out a complex assessment of requirements for the narcological help at various groups of the population, capacity of operating system of prevention, treatment and aftertreatment of drug dependent. The purposes, tasks and results of research are formulated. The main emphasis is placed on the description of instruments of research and algorithm of their use. Adequacy of the general methodology and tools to the purposes and project tasks is emphasized.

Keywords: narcological help, requirement, potential, research.

THE PROBLEM OF TIME STRUCTURING: MECHANISMS OF PARTIAL DESACTUALIZATION AND DIRECTIONS OF THEIR SOLUTION (message 1)

F.B. Plotkin

Striving for time structuring has been defined as one of the human basic needs (demands). Time and space phenomena as well as their perception, related to the person mentality have been elaborated. Speed of time motion related to individual experience depending upon emotional state, activities character, external circumstances, age etc. have been presented in various variants. Methods of time structuring within the frame of transactional analyses

and their transforming in the conditions of modern “consuming society” and mass pseudo-culture spread have been shown. Alcohol consumption as a one of the means of time structuring has been considered. Boredom (dullness) phenomenon and various strategies of its evading have been analyzed in details. Meaning of creative approach towards activities in the process of time structuring , as well as personality self-actualization and its inner potential realization in the field of high human values and senses acception have been emphasized.

Key words: time structuring, space and time, transactual analyses, boredom, creation, art.

**INFLUENCE OF FETAL GANGLION CELLS TRANSPLANTATION ON CLINICAL INDICATORS OF THE PATIENT WITH PROGRESSIVE MULTIPLE SCLEROSIS
(clinical observation)**

L.S. Turganbaeva

One of the new approaches to treatment of multiple sclerosis is the method of fetal ganglion cells transplantation. This method might be promising direction for correction of multiple sclerosis disturbances. Using of fetal neural tissue during multiple sclerosis treatment gives positive clinical effect in the form of partial regress (spasticity, unsteadiness). The article reports the clinical result of the method safety and efficiency with patient who suffered from progressive multiple sclerosis (age 33). In a year after transplantation patient showed stabilization and decrease of disease activity according to disease activity indicator.

Key words: fetal ganglion cells transplantation, multiple sclerosis, progressive form.

**CLINICAL CASE OF A NEUROFIBROMATOSIS OF THE FIRST TYPE IN COMBINATION WITH ARNOLD – KIARI ANOMALY AND A PATHOLOGICAL EEG IN OUT-PATIENT PRACTICE
(clinical observation)**

L.S. Turganbaeva

Here is presented the description of a patient with neurofibromatosis type 1, regarding this issue special literature was reviewed. The Patient is the engineer of Aksu Ferroalloy Plant, 59 years old. In the neurological status - adequate, without cognitive impairment, without focal, stem and liquorodynamic symptomatologies. Examination of skeleton detected deformation of the facial skull and left eye socket; examination of skin detected: neurofibrous formation on the left side of face, scalp and neck, conjunctivitis, liver spots «coffee with milk» on the chest, upper extremities. Ophthalmologic research detected progonoma of the iris (Lisch nodules). On EEG was marked dysfunction of thalamic structures with their propensity to paroxysmal activity. On brain MRI was not marked any pathologic anomalies; on cervical spine MRI was marked Arnold – Chiari malformation.

Key words: neurofibromatosis, neurofibromas, progonoma, liver spots «coffee with milk», Arnold - Chiari malformation, electroencephalography.