

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XIX

№ 3

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

НАРКОЛОГИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

<i>Асланбекова Н.В.</i>	
Сочетание химических и поведенческих зависимостей (практический аспект)	7-9
<i>Аяганова Д.Е., Прилуцкая-Сущенко М.В.</i>	
Описание социально-медицинского профиля опиоидных наркозависимых в условиях предоставления противорецидивной амбулаторной помощи	10-16
<i>Бауэр Ю.В., Аяганова Д.Е.</i>	
Оценка применения элементов мотивационной работы в практике врачей-наркологов амбулаторного звена	17-20
<i>Прилуцкая-Сущенко М.В., Аяганова Д.Е., Дробитько О.Ю.</i>	
Соматические расстройства в структуре патологического влечения к психоактивным веществам	20-25

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Бикетова Л.А.</i>	
Особенности употребления психоактивных веществ среди лиц с рисками вовлечения в игровую зависимость среди учащейся молодежи в Республике Казахстан	26-31
<i>Касабян С.А.</i>	
Системный подход к клиническому анализу психосоциальных соотношений у пациентов с психическими заболеваниями пограничного уровня (концептуальная модель)	32-37
<i>Фесенко Н.Ф.</i>	
Религиозная аддикция	37-41

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

<i>Бондаренко А.Ф.</i>	
Консультативная психология в странах Запада и Востока: статус и притязания	42-52
<i>Плоткин Ф.Б.</i>	
Проблема структурирования времени: механизмы временной дезактуализации и пути решения. Сообщение 3	52-72

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

Том XIX
№ 3
2013 год

выходит
4 раза в год

<i>Катков А.Л.</i>	
Интегрированный подход к лечению наркозависимости, профилактике ВИЧ и уходу для потребителей наркотиков (рекомендации для внедрения в систему наркологической помощи Украины)	73-76
<i>Катков А.Л.</i>	
Оценка потенциала системы наркологической помощи города Киева	76-80

<i>Катков А.Л.</i>	
Оценка потенциала системы наркологической помощи города Полтавы	81-84
<i>Катков А.Л.</i>	
Оценка потенциала системы наркологической помощи города Харькова	84-87
<i>Нургазина А.З., Саркисян Ш.В., Пархоменко И.А.</i>	
Проект рабочей учебной программы последипломного образования для психологов «Профилактика распространения социальных эпидемий в сфере образования»	87-92
<i>Силенок И.К.</i>	
Системно-генеративный подход как существенное условие модернизации экономики	93-94
<i>Резюме</i>	95-101

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

NARCOLOGY

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

<i>Aslanbekova N.V.</i>	
Combination of chemical and behavioural dependences (practical aspect)	7-9
<i>Ayaganova D.E., Prilutskaya-Sushenko M.V.</i>	
The description of a social and medical profile of opioid drug dependent in the conditions of granting an antirecurrent ambulatory care	10-16
<i>Bauer Yu.V., Ayaganova D.E.</i>	
Assessment of application of elements of motivational work in practice of narcologists of an out-patient link	17-20
<i>Prilutskaya-Sushenko M.V., Ayaganova D.E., Drobitko O.Yu.</i>	
Somatic disorders in structure of a pathological inclination to psychoactive substances	20-25

BOUNDARY PATHOLOGY

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

<i>Biketova L.A.</i>	
Features of the use of psychoactive substances among persons with risks of involvement in game addiction among studying youth in Kazakhstan Republic	26-31
<i>Kasabyan S.A.</i>	
Systemic approach to the clinical analysis of psychosomatic ratios at patients with mental disorders of boundary level (Conceptual model)	32-37
<i>Fesenko N.F.</i>	
Religious addiction	37-41

HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.

<i>Bondarenko A.F.</i>	
Advisory psychology in the West and East countries: status and claims	42-52
<i>Plotkin F.B.</i>	
Problem of structuring of time: mechanisms of a temporary disactualization and solution. Report 3	52-72

INFORMATION AND REVIEWS

**Volume XIX
№ 3
2013**

**Published 4 times
in a year**

<i>Katkov A.L.</i>	
Integrated approach to drug addiction treatment, prevention of HIV and care for consumers of drugs (the reference for introduction in system of the narcological help of Ukraine)	73-76
<i>Katkov A.L.</i>	
Assessment of capacity of system of the narcological help of Kiev	76-80

<i>Katkov A.L.</i>	
Assessment of capacity of system of the narcological help of Poltava	81-84
<i>Katkov A.L.</i>	
Assessment of capacity of system of the narcological help of Kharkov	84-87
<i>Nurgazina A.Z., Sarkisyan Sh.V., Parhomenko I.A.</i>	
The draft of the working training program of postdegree education for psychologists «Prevention of diffusion of social epidemics in education»	87-92
<i>Silenok I.K.</i>	
Systemic and generative approach as essential condition of modernization of economy	93-94
<i>Summary</i>	95-101

НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

СОЧЕТАНИЕ ХИМИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ (практический аспект)

Н.В. Асланбекова

заведующая наркологическим отделением психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар, Казахстан

В настоящее время наркология становится не просто системой практических навыков в области оказания медицинских услуг категории пациентов, страдающих химической зависимостью, но и сложной теоретической дисциплиной. Это чаще обусловлено как выявлением новых закономерностей, так и изменением предмета данной клинической дисциплины. Привлечение межсекторального подхода к решению «классических» задач наркологии (психологического, педагогического, социального, психотерапевтического, философского) снабжает наркологию эффективными превентивными, терапевтическими, диагностическими методиками, а также позволяет значительно расширить горизонты феноменологического, понятийного аппарата.

Данная тенденция отражается в концентрации внимания наркологической мысли на вопросах аддиктологии, длительное время «пребывавшей на задворках» малой психиатрии.

В то время, когда начата теоретическая разработка вопросов клинического субстрата аддиктологии – поведенческих зависимостей, от практикующих врачей-наркологов требуются умения организовать адекватную помочь таким пациентам. Эта тенденция усиливается ещё одной практической реалией. Так, в связи с повсеместным внедрением системы качества – менеджмента медицинской помощи и созданием единой системы здравоохранения практикующий врач не имеет права «оставлять за скобками» психопатологические синдромы, не укладывающиеся в «прокрустово ложе» скрупультного наркологического диагноза, и должен всё чаще двигаться по лестнице клинических инсайтов, проводя детальный анализ психологического и психического статуса пациента [4, 5].

В настоящее время, когда в Республике Казахстан не создано нормативно-правового обоснования лечения пациентов с монодиагнозами поведенческих аддикций, в наркологические стационары поступают лица, имеющие так называемую сопутствующую патологию. На деле же клиницисты сталкиваются с полиаддикциями, которые в корне отличаются от химических и поведенческих зависимостей в отдельности. Таким образом, можно

рассуждать о феномене коморбидности двух нозологических групп.

По мнению В.Д. Менделевича, понятие коморбидности в области психиатрии и аддиктологии может рассматриваться в двух аспектах: во-первых, в традиционном – соболезненности, сочетании признаков нескольких заболеваний у одного и того же пациента; во-вторых, в аспекте сходных, взаимо влияющих этиопатогенетических механизмов различных психических и поведенческих расстройств у одного и того же больного или аддикта. Первый аспект можно назвать количественным, второй – качественным. В рамках второго, в отличие от первого, можно ставить и изучать вопрос о патогенетических и патопластических факторах возникновения психопатологической продукции, что, несомненно, более значимо на современном этапе развития науки [3].

Рассматривая коморбидность двух групп заболеваний с позиций патофизиологии, следует отметить их этиопатогенетическое единство, что в сфере ментальной медицины описывается как общая аддиктивная ось. В.С. Битенским и его школой подробно описаны киндинговые механизмы и отмечено сходство данных патологических процессов при зависимости от психоактивных веществ и патологической деятельности (компьютерное влияние, патологический гемблинг) [2]. О наличии аддиктивного потенциала свидетельствует и укоренившееся в русскоязычной наркологии понятие «полинаркомания», в частности при её рассмотрении в контексте смены аддикций в пределах субстанционных зависимостей.

В литературе накоплено достаточно данных с упоминанием сочетания химических и поведенческих зависимостей [1, 2, 3, 6]. Однако большинство из них центрированы на освещении возможностей перехода одной зависимости в другую, а также накоплении аддиктогенного потенциала в сборной группе отклонений поведения, куда, в том числе, входит группа аддиктивных патохарактерологических расстройств. То есть, коротко можно заключить, что чаще всего встречаются описания гносеологического характера, которые имеют исключительно на-

учную ценность. В практической медицине большее значение имеет определение патокинетических параметров этих сложных нозологических состояний, выявление особенностей патоморфоза и патопластики основной и сопутствующей патологии. Не менее важным является формулирование особеннос-

тей построения лечебного процесса, в том числе в отношении организации терапевтической среды.

Отсюда практическое значение имеет определение векторов, по которым может осуществляться накопление данных о коморбидности аддикций (рисунок 1).



Рисунок 1. Сфера сосредоточения поиска данных о коморбидности химических и поведенческих зависимостях

Предиспонирующие факторы позволяют не только рассуждать о возможности первичной превенции, но, в том числе, выстраивать вторичную и третичную профилактику состояний. Кроме того, чаще всего этиопатогенетические агенты запускают «совместный бег» двух диагнозов.

Параметры психологического здоровья, дефицит навыков антинаркотической устойчивости позволяют представить многомерную «пространственную» форму заболевания, оцениваемую по множествам осей, с прикладным использованием при планировании проектов терапии.

Параметры течения классических психопатологических синдромов отражает биологический компонент зависимостей, в том числе с выявлением такового в течение поведенческих зависимостей. В рамках этого направления определяется стадия заболевания, оценивается компенса-

торные возможности организма, которые и позволяют клиницисту «разворачивать» терапевтические мероприятия. Рассмотрение полиаддикций именно с данной позиций может стать «рентабельным», если принять во внимание детальную изученность психопатологии химических зависимостей. В частности, может стать прозрачным взаимное расположение направляющих сил двух аддикций (сглаживание или усиление основной зависимости, установление цикла смены актуальной зависимости, их «мерцание»). Стержневой психопатологический синдром – синдром зависимости / патологического влечения – может плавно перетекать от одной потребности к другой, при этом вследствие социальной приемлемости агента поведенческой зависимости затушевывается острота и деструктивные последствия химической тяги.

Особенности стадийности заболеваний, качество ремиссий могут значительно изменяться по сравнению с «чистыми» химическими зависимостями. Это может определяться несколькими факторами. Например, наблюдается более низкий уровень критики к поведенческой зависимости, которая может запускать обострение алкоголизма/наркомании, токсикомании. Более того, для поведенческих аддикций существует более богатая палитра триггерных механизмов, которые также могут «обслуживать» персистенцию и безремиссионное течение химических зависимостей.

Конгруэнтность конкретных нозологий позволяет клиницисту определять детерминированность появления сочетаний химической и поведенческой зависимостей. Данный подход позволяет рассматривать патогенез заболевания у данного конкретного больного. Так, в нашей клинической практике встречался случай, когда химическая зависимость «сглаживала» деструктивные последствия поведенческой (седативный эффект алкоголя снимал напряжение азартного поведения и профилактировал высокий суициdalный риск). С другой стороны – в рамках программы медико-социальной реабилитации (МСР) – регулярно встречаются случаи возникновения любовной зависимости, трудоголизма, спортивной зависимости в период становления и консолидации ремиссии химической зависимости.

Терапевтический потенциал данной категории пациентов является одним из ключевых, так как определяет эффективность сотрудничества пациента и специалиста. Совместное существование разных форм зависимости, определяясь более значительными дефицитами, может требовать большей интенсивности лечения с дополнительной нагрузкой медикаментозной и психотерапевтической работы мотивационными техниками. Так, зачастую пациент, попадая в программы МСР, принимает лишь факт химической зависимости. В этом случае

от лечащего врача требуется больших усилий, чтобы самостоятельно инициировать дополнительные интервенции в данном направлении.

Особенности построения реабилитационной программы вытекает из предыдущей позиции. В данном случае должен соблюдаться принцип природы наиболее «тяжёлой» зависимости. Несомненно, учитывая выявленные дефициты психологического здоровья, должны проводиться интегративные развивающие практики. Однако в отличие от химических зависимостей сочетанные состояния чаще требуют применение экспресс-техник, более интенсивной работы с ближайшим окружением. Несомненным является тот факт, что должна быть создана функционирующая система внестационарного звена, в том числе противорецидивного направления с социальной поддержкой.

Эффективная интеграция в существующую программу МСР требует дополнительных мероприятий по усилению лечебного процесса. Логичным является вовлечение таких пациентов во все этапы МСР, в том числе в социальную реабилитацию. Порой данной категории больных требуются глубинные техники психотерапии с привлечением бессознательных инстанций психики и пропедевтическим соблюдением всех принципов интегративно-развивающей терапии в рамках необилитации.

Таким образом, необходимо заключить, что коморбидные состояния в пределах субстанциональных и поведенческих зависимостей представляют собой сложный клинический феномен. Они обусловлены не просто количественным сочетанием и суммированием клинических признаков, но и своеобразным patos, который создает сложную картину не просто болезни, но заболевания (nosos) у конкретного больного. Следовательно, данные, которые может использовать клиницист в работе с такими пациентами, должны иметь четкую практическую ценность и учитывать по возможности максимальный спектр таких сочетаний.

Список использованной литературы:

1. Автономов Д.А. *О психоаналитическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр (З. Фрейд, О. Фенихель)* // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – № 4.
2. Битенский В.С. *Патологическая склонность к азартным играм и тревожные состояния*. – Режим доступа: www.health-ua.com
3. Менделевич В.Д. *Руководство по аддиктологии*. – М., 2007.
4. Семенова О.Ю. *Психофизиологические и психологические особенности подростков с риском различных видов аддикций: Автореферат дисс... канд. психологических наук*. – СПб., 2012.
5. Семенова О.Ю. *Психологические особенности подростков 13-17 лет с выраженной предрасположенностью к информационной и химической зависимостям* // Сборник материалов семинара «Психологическое здоровье и социальная адаптация». – СПб., 2009.
6. Терещенко Е.В. *Течение тренингомании с учётом стадий её развития и злоупотребления анаболическими стероидами* // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – № 7.

ОПИСАНИЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ ОПИОИДНЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ В УСЛОВИЯХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

Д.Е. Аяганова

научный сотрудник сектора доказательной медицины РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Республика Казахстан)

М.В. Прилуцкая-Сущенко

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

1. Введение

Рост в Казахстане лиц, злоупотребляющих наркотиками, который сопровождается выраженными медицинскими и социальными последствиями, ставит эту проблему в ряд наиболее актуальных как для здравоохранения, так и для общества в целом. Развитие и распространение зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) несёт в себе угрозу не только для соматического, психического, но и для социального здоровья нации [9]. Это повышает актуальность разработки эффективных способов курации данной патологии. Чтобы лечение зависимости было максимально эффективным, необходим всесторонний и всеобъемный подход к этой проблеме. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация диктует необходимость изменения приоритетов как в научных исследованиях, так и в области практической наркологии [1, 4, 6].

Актуальная проблема сегодняшней наркологии – это повышение эффективности наркологической помощи, увеличение длительности и стойкости ремиссий, повышение качества жизни и социального функционирования лиц, больных наркоманией, и их ближайшего окружения на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии [2, 3, 5]. В настоящее время в Республике Казахстан (РК) наркологическая помощь испытывает дефицит систематизированных амбулаторных мероприятий. Фактически амбулаторные услуги осуществляются в рамках устаревшей диспансерной службы, рассматривающей зависимость исключительно как биологическое заболевание, изредка предоставляющей разрозненные психологические услуги в отдельных регионах, что свидетельствует в пользу системных дефицитов.

Соответственно, при построении комплексной, многофункциональной амбулаторной службы высока вероятность актуализации упомянутых выше сложностей в виде конкретных практических проблем. Во-первых, выявляется дефицит юридических рычагов по организации службы. Во-вторых, отсутствует теоретическая система (стандарты), обосновывающая порядок функционирования данной службы. При создании основных правоустанавливающих документов амбулатории выявляется пробел знаний в целях, принципах, объектах, субъектах

реабилитационных мероприятий. При администрировании и менеджменте сложность составляют документирование, определение функциональных обязанностей специалистов, планирование конкретного спектра услуг, формирование гибкого механизма учета потребностей пациентов [7, 8].

Руководствуясь необходимостью решения таких проблем, на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, РК), в течение 3 лет функционирует амбулаторная служба, оказывающая помощь клиентам с наркотической зависимостью, находящихся в посттерапевтических и спонтанных ремиссиях. Данная служба была создана в рамках международного проекта «Treatnet», главной целью которого служит создание сети учреждений для услуг по медико-социальной реабилитации (МСР). В рамках существующей практики предпринимается попытка не только создать внегосударственную сеть амбулаторной помощи, но и реализовать pilotный проект по формированию отдельного звена МСР, которое может быть интегрировано в общую систему наркологической помощи.

Имея совершенно конкретные цели, программа должна обладать валидным, специфичным и надёжным диагностическим инструментарием, который позволяет планировать терапию и применять разнообразные развивающие практики [1, 2, 3]. Так, в нашем случае для окончательного понимания ситуации клиента и определения целей лечения были необходимы стандартизованные инструменты оценки проблем. Такие возможности обеспечивались применением методики полуструктурированного интервью «Индекс тяжести аддикции» (The Addiction Severity Index, McLellan et al., 1992) (ИТА) с определением проблемных зон клиента, исключающей вероятность упущений неупомянутых пациентом проблем [1].

Таким образом, в заключение можно сказать о необходимости построения амбулаторных программ нового поколения. Это требует изучения рынка данных услуг. Не менее важным представляется фокусирование внимания на потенциальных клиентах амбулаторных служб, особенно в части описания

характеристик, влияющих на вовлечение в сферу наркологической помощи.

2. Методология исследования

Цель исследования – описание социально-медицинского профиля клиентов с опиоидной зависимостью, получающих наркологическую помощь в амбулаторном порядке.

Задачи исследования:

- 1) описать социальный профиль клиентов амбулаторной службы с опиоидной зависимостью;
- 2) описать медицинский профиль клиентов амбулаторной службы с опиоидной зависимостью.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования являлись пациенты с опиоидной зависимостью в стадии ремиссии, получившие наркологическую помощь в амбулаторном порядке на базе РНПЦ МСПН с июня по декабрь 2012 г.

Предмет исследования: социально-медицинский профиль клиентов амбулаторной службы.

Дизайн исследования – исследование состояло из 3 этапов:

- a) подготовительный этап;
- b) основной этап;
- v) заключительный этап.

На *подготовительном этапе* проводилась разработка методологии исследования и подготовка регистрационных форм «*Индекс тяжести аддикции*» (ИТА).

На *основном этапе* проводился набор первичного материала с помощью выбранной методики.

На *заключительном этапе* проводилась статистическая обработка полученных данных с помощью программы ESAG и анализ полученных результатов.

Характеристика материала исследования

Было проведено интервьюирование 81 клиента амбулаторной службы РНПЦ МСПН на этапе противорецидивной и поддерживающей помощи.

Критерии включения в группу:

- совершенолетний возраст;
- установленный диагноз опиоидной зависимости согласно критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10);
- воздержание от употребления наркотика продолжительностью не менее 3 недель;

- добровольное согласие в исследование.

Критерии исключения из группы исследования:

- несовершеннолетний возраст;
- состояние наркотического, алкогольного опьянения;
- психотические состояния;
- выраженный органический синдром.

3. Результаты исследования и их обсуждение

3.1 Социально-демографические показатели

Социально-демографические данные были получены из анализа раздела «Общая информация», включающего также 2 дополнительных вопроса об источнике направления на получение амбулаторной помощи и факте ограничения свободы в течение 30 дней, предшествующих интервью.

По половому признаку анализируемая группа была представлена следующим образом:

- мужчины – 60 человек (74,1%);
- женщины – 21 человек (25,9%).

Средний возраст участников составил $33,5 \pm 1,2$ года.

Параметр исследования «Национальность» представлен так:

- 1) русские – 70,4%;
- 2) представители других национальностей – 16%;
- 3) казахи – 13,6%.

Религиозные предпочтения распределились следующим образом: христианство – 40,7%, ислам – 17,3%, отсутствие религиозных предпочтений у 42% клиентов.

По критерию «Образование» выявлены следующие показатели: неполное среднее, среднее и средне-специальное образование имели 77,5% участников, высшее – 22,5%.

Согласно источнику направления на получение амбулаторной помощи выявлено, что 50,7% клиентов направлены Общественными фондами, 24% обратились за помощью самостоятельно и лишь 25,3% направлены специалистами (наркологами и психотерапевтами) (таблица 1).

Приведённые в таблице данные наглядно показывают, что клиенты амбулатории получали информацию и направление на лечение, обращаясь в неправительственные общественные организации (НПО). В свою очередь взаимодействие с профильными медицинскими специалистами в пункте «мотивация» было недостаточным, составив чуть больше четверти от общей группы.

За последние 30 дней до интервью 30,9% опрошенных находились в условиях, ограничивающих свободу, в частности на лечении от наркомании на-

Таблица 1

Источники направления на получение амбулаторной помощи

Источник направления	Общественные фонды	Обратились за помощью самостоятельно	Направлены специалистами наркологического профиля
Количество	50,7%	24%	25,3%

ходились 11,1% исследуемого контингента; на лечении по другим медицинским проблемам – 19,8%, в исправительном учреждении – 2,5%, другое (домашний арест) – 2,4%.

3.2 Медицинский статус

В разделе «Медицинский статус» даны основные субъективные характеристики соматического здоровья клиентов: наличие хронического заболевания, кратность стационарного лечения, регулярность терапии хронических заболеваний, данные ВИЧ-статуса и парентеральных гепатитов (В и С).

Среди всех опрошенных лиц 62,5% имеют хроническое заболевание, получают регулярное лечение по медицинским проблемам, исключая зависимость – 22,5%. В течение жизни участники анализируемой группы госпитализировались по медицинским проблемам (исключая наркоманию, включая передозировки) в среднем 3,5±0,8 раза.

На финансовой поддержке – пенсии по инвалидности – находились 16,3% клиентов амбулатории, которые являлись получателями ежегодного пособия по диагнозу: ВИЧ.

На наличие диагноза: Парентеральные гепатиты тестировались 96,3% клиентов, из них у 78,5% установлен диагноз: Гепатит С либо Гепатит В, не знают о своём статусе в отношении гепатитов всего

1,3%. Тестились на диагноз: ВИЧ 96,3% исследуемых лиц, из них ВИЧ позитивные 34,2%, не знают о своём статусе в отношении ВИЧ лишь 1,3% от числа лиц, прошедших тестирование (таблица 2).

3.3 Работа, поддержка

Данный раздел включает в себя описание уровня качества образования по Международной классификации профессий, характеристики занятости и рабочего времени, источники доходов, количественный эквивалент заработной платы, наличие лиц на иждивении.

Первоначально в анализируемой группе была выявлена степень соответствия между сферой образования и вовлечением в неё последующей профессиональной деятельности (рисунок 1). В большинстве случаев наблюдается тенденция низкой вовлечённости в трудовую деятельность, по которой клиенты получили основное образование, кроме позиций «Услуги и торговля» и «Заводские и машинные операторы». По данным показателям наблюдается превышение количества работающих лиц над количеством обученных лиц (9% против 19,8% и 10,2% против 22,8% соответственно), что свидетельствует как в пользу оттока клиентов в данные сферы, так и о превалировании необразованных сотрудников в соответствующих профессиях.

Таблица 2

Данные по диагностике ВИЧ и парентеральных гепатитов

Прохождение тестирования				
Тестились на наличие диагноза: Парентеральные гепатиты	Установлен диагноз: Гепатит С либо Гепатит В	Тестились на диагноз: ВИЧ	Установлен статус ВИЧ позитивных	Не знают о своём статусе в отношении ВИЧ
96,3%	78,5%	96,3%	34,2%	1,3%

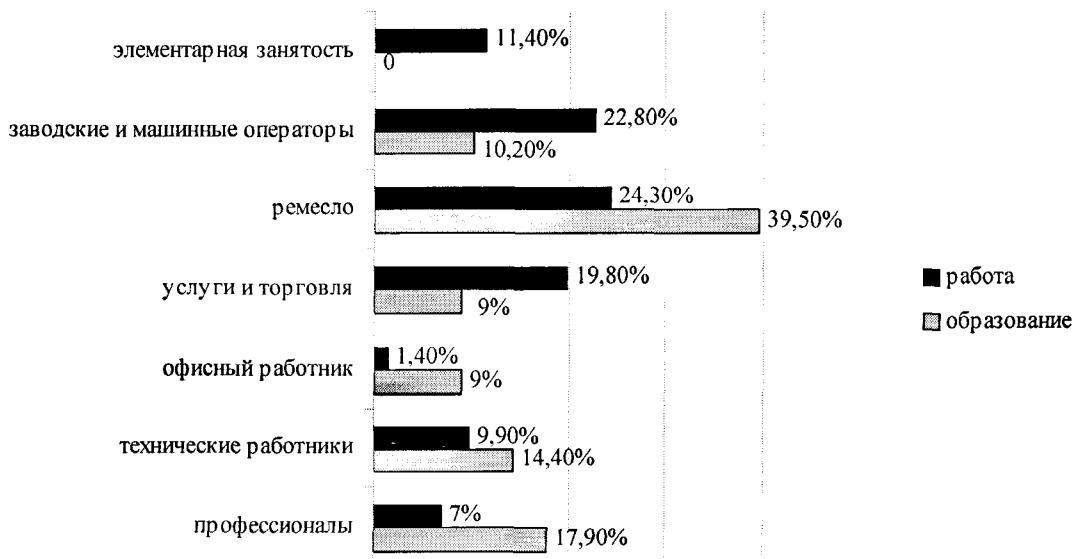


Рисунок 1. Сфера образования и трудовая деятельность

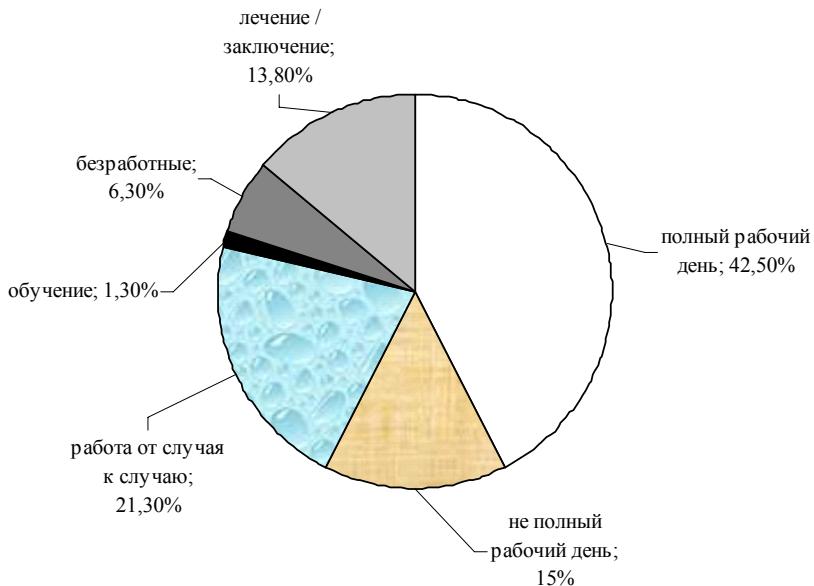


Рисунок 2. Занятость клиентов за последние 3 года

Согласно полученным сведениям о трудовой занятости исследуемого контингента за последние 3 года, в анализируемой группе большинство участников трудились полный рабочий день 42,5%, работали от случая к случаю – 21,3%, количество безработных лиц, из числа опрошенных, составило 6,3% (рисунок 2).

Из последних 30 дней в среднем $16,5 \pm 3,1$ дня были оплачиваемыми.

Средняя заработка плата в группе составила от 47482,2 до 59442,31 тенге. При этом в 37,5% случаев клиентам оказывалась помощь (родителями), которая являлась их основным источником средств к существованию.

Таким образом, абсолютное большинство клиентов амбулатории было трудоустроено, из них преобладающая часть занята полный рабочий день. Кроме того, при превышении заработной платы над официальным уровнем прожиточного минимума, в среднем по группе, наблюдается диапазон существенных её колебаний от 106924,51 до 11960,11 тенге. Почти треть участников исследования находилась на иждивении родителей, при соотнесении с высокой занятостью это свидетельствует о низких доходах от работы.

3.4 Алкоголь, наркотики

В данном разделе определены основные моменты наркологического анамнеза, даны характеристи-

ки рискованного поведения, показаны финансовые затраты на психоактивные вещества (ПАВ).

Согласно анамнестическим данным, средний возраст первого употребления алкоголя в группе составил $15,7 \pm 1$ года, а средний возраст первого употребления наркотика равнялся $20,2 \pm 1,1$ года.

В дальнейшем определялась структура наркологического диагноза путем выявления первичного химического агента. При этом в качестве диагностических критериев превалентности использовалась степень аддиктогенности и токсичности вещества. Из данных, представленных в таблице 3, видно, что в абсолютном большинстве первичным психоактивным веществом был героин – 89,9%, на алкоголь пришлось не более 5,1%, на метадон и другие опиаты – в сумме также 5,1%. Вторичным веществами были другие опиаты (анальгетики), каннабис и алкоголь, составив в процентном отношении 35,1%, 29,8% и 24,6%, соответственно.

Общее количество госпитализаций по диагнозу: Наркомания, в том числе сочетанная с алкоголизмом, равнялось в среднем 4 ± 1 раза за всю жизнь, из них только в объеме детоксикационной терапии $3 \pm 0,9$ раза. В свою очередь в среднем по группе участники пытались прекратить употребление наркотика самостоятельно около $8 \pm 1,4$ раза.

Находясь в состоянии ремиссии, клиенты обнаруживали значительное колебание её продолжитель-

Таблица 3

Последовательность потребления психоактивного вещества

Последовательность потребления	Психоактивное вещество					
	Алкоголь	Героин	Метадон	Другое	Амфетамины/стимуляторы	Каннабис
Первичное потребление	5,1%	89,9%	1,3%	3,8%	-	-
Вторичное потребление	24,6%	3,5%	5,3%	35,1%	1,8%	29,8%

ности от 3 недель до 17 лет, в среднем по группе данный показатель составил $19,7 \pm 7,3$ месяца.

Примечательно, что в анализируемой группе был высок процент рискованного поведения. Так, среди опрошенных клиентов 62,8% в течение жизни использовали иглы и шприцы вторично после других лиц.

3.5 Юридический статус

Данный раздел включает в себя факт судимости или нахождения под следствием в момент исследования и в течение всей жизни, а также структуру преступлений. Выявлено, что в момент опроса были осуждены условно и находились на испытательном сроке 6,4% клиентов, под следствием находился 1 человек. При этом, в среднем, каждый участник группы провёл в заключении $35,1 \pm 11,2$ месяца в течение жизни.

Чаще всего клиенты амбулатории подвергались аресту по следующим статьям Уголовного кодекса Республики Казахстан:

- распространение и хранение наркотиков;
- кража со взломом (в среднем из десяти участников семеро получали обвинение);

- грабёж (каждый второй);
- мелкое воровство и хулиганство (каждый пятый).

3.6 Семейный статус

Данный раздел включал в себя характеристику семейного положения клиентов, условий проживания, структурирование свободного времени, факты испытанной на себе агрессии и физического насилия.

По семейному положению группа почти равномерно была представлена женатыми/замужними (45,6%) и одинокими участниками (40,5%) (рисунок 3).

Удовлетворены своим семейным положением 50% из числа опрошенных клиентов, не удовлетворены – 36,8%, у 13,2% отношение к собственной семье не определено.

По критерию «Обычные условия проживания за 3 последние года» группа разделилась следующим образом (рисунок 4). Большинство участников исследования проживали с собственной семьёй (34,2%) и в родительской семье (22,8%). Обращает на себя внимание тот факт, что в 15,2% случа-

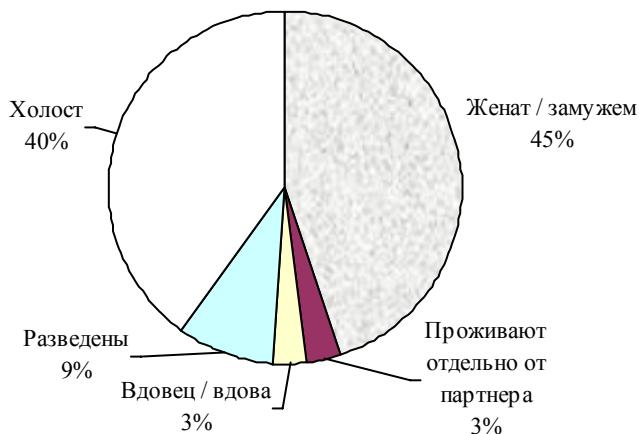


Рисунок 3. Семейное положение клиентов амбулатории, участвовавших в исследовании

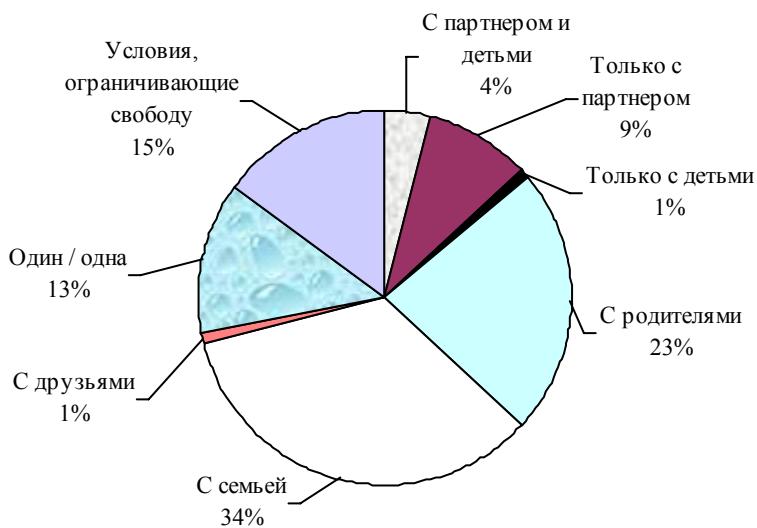


Рисунок 4. «Обычные условия проживания за 3 последние года»

ев условия проживания относились к местам ограничения свободы; в одиночестве проживали 12,7% клиентов. При этом чуть больше половины участников (56,5%) были удовлетворены своими условиями проживания.

Стоит обратить внимание на то, что 12,8% опрошенных лиц проживают с тем или теми, кто имеет текущие проблемы с алкоголем, 7,6% – с теми, кто употребляет наркотики.

Большая часть клиентов (53,2%) проводили своё свободное время с семьёй, 29,1% опрошенных лиц в свободное время общались с друзьями, 17,7% – в одиночестве. В течение жизни 73,4% клиентов были

жертвами физической агрессии, 11,4% опрошенных лиц испытывали сексуальное насилие.

3.7 Психиатрический статус

В данном разделе определены в форме регистрации эмоциональных, перцептивных и когнитивных расстройств, а также компонентов суицидального поведения основные свойства психического состояния клиентов.

Вопросы данного раздела строились таким образом, чтобы получить самооценку клиента по выше-перечисленным нарушениям за предшествующие 30 дней на протяжении всей жизни и (рисунок 5).

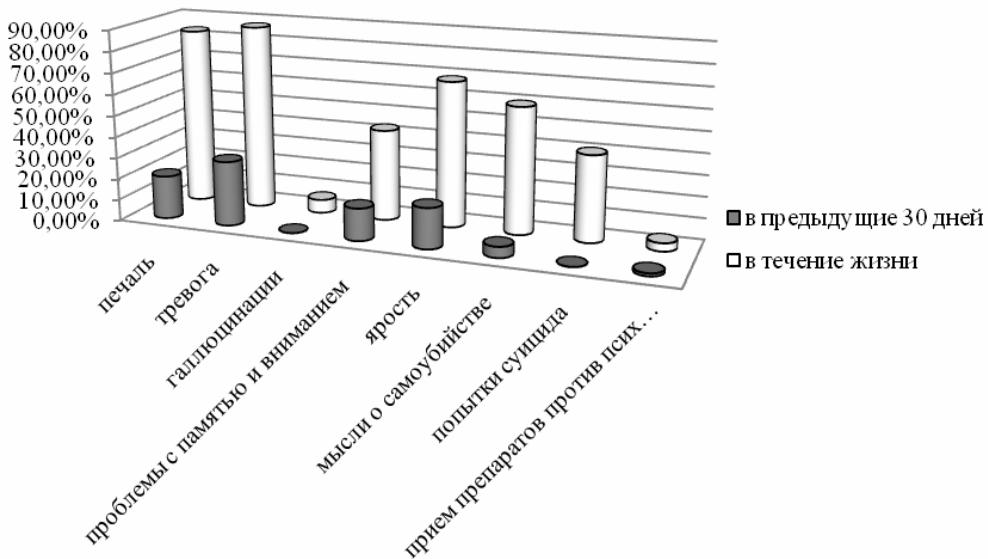


Рисунок 5. Самооценка психических расстройств

Анализируемая группа клиентов амбулатории обнаруживала значительное накопление эмоциональных нарушений, как в течение жизни, так и в последние 30 дней: тревога – 87,3% и 30,4%, соответственно; печаль – 83,5% и 20,3%, соответственно; потеря контроля над яростью – 68,4% и 19%, соответственно. Кроме того была выявлена большая доля суицидальных тенденций в группе в течение жизни: мысли о суициде появлялись у 59,5% опрошенных, были попытки суицида у 40,5% опрошенных лиц. Обнаружена высокая доля когнитивных расстройств в группе как в течение жизни (43%), так и за последние 30 дней (15,2%). Можно сделать заключение о том, что опрошенные лица крайне редко обращались за профильной помощью и лечением (3,8% в течение жизни и 1,3% за последние 30 дней).

4. Выводы

Таким образом, проведя анализ социальных и медицинских характеристик клиентов с опиоидной зависимостью, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию в условиях амбулатории, нами сделаны следующие выводы.

1. По гендерному признаку анализируемая группа в большинстве своём состояла из мужчин (74,1%), русскими по национальности (70,4%), средний возраст которых составил $33,5 \pm 1,2$ года; по религиозной принадлежности участники исследования разделились, в основном, на христиан (40,7%) и атеистов (42%). Большая часть исследуемого контингента имела неполное среднее и средне-специальное образование (77,5%). За лечением, чаще всего, клиенты амбулатории обращались по направлению неправительственных организаций (50,7%). Также лечение получали 30,9% опрошенных лиц, находясь в условиях ограничения свободы.

2. Имели хроническое заболевание 62,5% от числа опрошенных лиц, в 22,5% получая регулярное лечение по медицинским проблемам (кроме химической зависимости); абсолютное большинство клиентов прошло тестирование на парентеральные гепатиты и ВИЧ (96,3%) и информированы о собственном статусе в отношении этих заболеваний (98,7%), при этом 16,3% клиентов получают ежегодное пособие по диагнозу: ВИЧ.

3. Абсолютное большинство клиентов амбулатории было трудоустроено (97,3%), преобладающая

часть опрошенных лиц (42,5%) занята полный рабочий день. Кроме того, при превышении заработной платы прожиточного минимума, в среднем по группе, наблюдается диапазон существенных её колебаний от 106924,51 до 11960,11 тенге. Почти треть участников исследования находились на иждивении родителей, что свидетельствует при соотнесении с высокой занятостью о низких доходах от работы.

4. В большинстве случаев в анализируемой группе наблюдается тенденция низкой вовлечённости в трудовую деятельность, по которой клиенты получили основное образование, кроме позиций «Услуги и торговля» и «Заводские и машинные операторы». По данным показателям наблюдается превышение процента работающих над процентом обученных (9% против 19,8% и 10,2% против 22,8% соответственно), что свидетельствует как в пользу оттока клиентов в данные сферы, так и о превалировании необразованных сотрудников в соответствующих профессиях.

5. В анализируемой группе выявляется ранний возраст первых проб ПАВ (алкоголь – 15,7±1 года, а средний возраст первого употребления наркотика равнялся 20,2±1,1 года); первичным веществом являлся героин (89,9%), вторичными психоактивными веществами – опиаты (35,1%), каннабис (29,8%) и алкоголь (24,6%); абсолютное большинство предыдущих госпитализаций (4±1 раза) относилось лишь к детоксикационной терапии (3±0,9 раза); при этом самостоятельные попытки прекращения употребления ПАВ предпринимались достаточно часто (8±1,4 раза).

6. В анализируемой группе наблюдался выраженный процент рискованного поведения (62,8% случаев повторного использования игл и шприц).

Список использованной литературы:

1. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. Методическое руководство / Под ред. Ф. Траутманна, Ю.В. Валентика, В.Ф. Мельникова. – Павлодар, 2004. – 254 с.
2. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии. Учебное пособие. – М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2000 – 36 с.
3. Пак Т.В., Лаврентьев О.В. Проект протокола ведения больных «Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от психоактивных веществ».
4. Пелипас В., Цетлин М., Дудко Т. Современные тенденции развития Реабилитационной помощи наркологическим больным в Российской Федерации. – Режим доступа: <http://narcom.ru>
5. Соборникова Е.А. Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – М., 2012. – Режим доступа: <http://medical-diss.com>
6. Соборникова Е.А. Психогенетическая теория личности Ю.В. Валентика - новый взгляд на проблему зависимости // Психотерапия. – 2010. – № 3. – С. 15-21.
7. Софронов А.Г. Состояние лечебной и реабилитационной помощи наркозависимым, осуществление реабилитационных программ наркологического профиля в Санкт-Петербурге / Информационный бюллетень «Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп в РФ: обзор регионального опыта». – 2009.
8. Тарасов В.К. Аналитическая записка: модели (центры) реабилитации больных наркоманиями и другими наркологическими заболеваниями. – Режим доступа: <http://nond-nn.ru>
9. Фридман Л.С. с соавт. Наркология. – М.: «Бином», 1998.

7. Клиенты обнаруживали значительное колебание продолжительности ремиссии (от 3 недель до 17 лет), в среднем по группе данный показатель составил 19,7±7,3 месяца.

8. Были осуждены условно и находились на испытательном сроке во время опроса 6,4% клиентов, под следствием находился 1 человек; в среднем каждый участник группы провел в заключении 35,1±11,2 месяца; в преобладающем большинстве клиенты подвергались аресту за распространение и хранение наркотиков, кражу со взломом, грабёж, мелкое воровство и хулиганство.

9. Группа почти равномерно была представлена женатыми/замужними и одинокими участниками (45,6% и 40,5%); половина группы были не удовлетворены семейным положением; в 15,2% случаев условия проживания относились к местам ограничения свободы; в одиночестве проживали 12,7% клиентов; большую часть своего свободного времени клиенты проводили с семьей (53,2%), с друзьями (29,1%), в одиночестве (17,7%), 12,8% опрошенных лиц проживают с тем или теми, кто имеет текущие проблемы с алкоголем, 7,6% – с теми, кто употребляет наркотики.

10. В течение жизни 73,4% клиентов были жертвами физической агрессии, 11,4% опрошенных испытывали сексуальное насилие.

11. Анализируемая группа обнаруживала ряд психических нарушений в течение жизни: аффективные расстройства (тревога – 87,3%, печаль – 83,5%, потеря контроля над яростью – 68,4%), когнитивные расстройства (нарушения памяти и внимания – 43%), признаки суициального поведения (мысли о суициде – 59,5% опрошенных, попытки суицида – 40,5%).

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ МОТИВАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-НАРКОЛОГОВ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Ю.В. Бауэр

Д.Е. Аяганова

врач-нарколог Областного центра зависимых заболеваний, г. Павлодар (РК)
научный сотрудник сектора доказательной медицины Республиканского
научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании,
г. Павлодар (РК)

Мотивационная работа с зависимыми от психоактивных веществ (ПАВ) лицами является неотъемлемой частью всей системы медико-социальной реабилитации (МСР), которая имеет огромный клинический, психологический и социальный потенциал [1, 3, 6].

Данная система работы (одна из немногих психолого-психотерапевтических методик) имеет отчётливую, выверенную методологическую и феноменологическую базу, что делает её доступной для любого специалиста ментальной сферы. Прежде всего, она субстрат-специфична, то есть, призвана влиять на отдельную сферу психической деятельности человека – поведенчески-волевую. Мотивация в данном случае выступает как вполне определённое, измеряемое психическое образование, входящее в континuum осуществления потребностного цикла [2, 5].

Мотивация – это система стимулов (мотивов), побуждающих человека к действию или бездействию. Мотив – это побуждение совершить какое-то действие или бездействие. Мотивы объясняют, почему человек начинает действовать, почему он делает именно это, а не что-то другое, и почему он воздерживается от некоторых действий. В качестве мотивов действия или бездействия могут выступать потребности и интересы, влечения и эмоции, установки и идеалы [5].

Интересен подход, который при внешнем намеренном упрощении всё же объясняет роль мотивов в общей системе психических процессов (Букашов Т.С., 2006). Так, цепь последовательных операций от начального установочного восприятия информации до возникновения эмоционального (подсознательного) отношения и, наконец, на этой основе поступков и действий составляют завершённый блок, который в процессе жизнедеятельности личности постоянно повторяется, происходит верификация поступающей информации, совершенствуются знания, умения и навыки, а также формируются и совершенствуются ценностные ориентации, потребности, установки, которые потом определяют мотивы поведения, направленность, в конечном счете, суть человека как личности [6].

Если рассматривать болезни зависимости, как расстройства психической сферы, то нельзя не признать тот факт, что мотивационная сфера пациента страдает наравне с эмоциональной, когнитивной.

Соответственно, факт выстраивания работы с зависимыми больными с момента их первого обращения за медицинской помощью не выражает сомнений [4, 7, 8].

Однако на практике этот вопрос является довольно противоречивым, так как чаще всего на уровне первичной наркологической помощи работа выстраивается в стиле классического наркологического консультирования.

Имея общее представление о недостаточной подготовке медицинского персонала в области мотивационной работы, авторы данной статьи поставили цель оценить реальные потребности субъектов наркологической помощи в обучении, а также охарактеризовать трудности, возникающие при реализации принципов интервьюирования и консультирования.

Для оценки данных потребностей была использована группа врачей-наркологов ($n=36$), осуществляющих приём в амбулаторных условиях (диспансерное наблюдение, направление на госпитализацию, судебно-наркологическая экспертиза). Специалисты работали в 2 медицинских организациях областного значения, осуществлявших как минимум 3 из 5 этапов МСР, в том числе элементы психотерапевтической реабилитации.

Среди функциональных обязанностей клиницистов, сводившихся, главным образом, к квалифицированному оказанию амбулаторной наркологической помощи, значилась «работа по непрерывному повышению вовлечения зависимых от ПАВ в систему медицинской помощи». При анкетировании нами был поставлен вопрос о понимании специалистом данного пункта. Выяснено, что только 8 человек (22,2%) описывают данный пункт как «ключевой в своей работе», остальная часть (28 человек или 77,8%) предпочла определить его как «фактор, напрямую не зависящий от специалиста». Соответственно, крайне низким было понимание о наличии конкретных технологий по исполнению данного пункта. Так, из 8 человек только трое ответили, что применяют на практике «определенные наработки», обозначив «взаимодействие с родственниками пациента», «активный патронаж», «перенаправление в стационарное звено».

Следующий блок вопросов касался профессиональной подготовки специалистов, а именно пунктов «общей подготовки в сфере психотерапии и пси-

хологии», «подготовка к проведению мотивационной работы». Результаты представлены на следующих диаграммах (рисунки 1 и 2). Так, четверть специалистов не проходили обучения в течение профессиональной жизни и, соответственно, не имеют представления о принципах и элементах психотерапевтической работы. Не смогли указать тематику обучения 41,7% врачей, прошедших обучение. Только 30,6% респондентов знали специфику пройденных циклов обучения. О том, что имеет смежную специальность по психотерапии, ответил 1 врач (2,8%) (рисунок 1).

Не проходили обучения методам мотивационной работы 41,6% врачей, обучались лишь каскадным способом 30,6% специалистов, что не является достаточным при овладении методиками при отсутствии базового психотерапевтического/психологического образования. Одна четвёртая часть группы прошла один тренинг по основам проведения мотивационной работы. Прошёл курс мотивационной работы с зависимыми лицами 1 специалист, имеющий подготовку в области психотерапии (рисунок 2).

В дальнейшем, среди 21 специалиста проводился опрос о применении полученных знаний по мотивационной работе на практике. Данный блок вы-

являл факт применения мотивационных технологий, уточнял объёмы их применения (рисунок 3).

Не применяют полученных знаний на практике, не встраивая мотивационные технологии в работу с клиентами 38,1% специалистов. Почти 24% специалистов применяют мотивационные технологии изредка, используют полученные знания регулярно (постоянно) на практике 38% специалистов.

В качестве причин, объясняющих склонение от мотивационной работы, 8 специалистами назывались «отсутствие времени при ведении приема пациента», «отсутствие подходящей внешней обстановки в кабинете приема», «неуверенность в эффективности мотивационных методик».

Среди 13 специалистов (36%), применявшим мотивационные техники в своей практике, детализировался предмет их работы. В частности, было выявлено, что принципы мотивационного консультирования использовались всеми 13 врачами-наркологами. При этом они уточняли, что принципы клиент-центрированного подхода потенцируют результаты предыдущей работы с пациентом и ускоряют его продвижение в принятии решения о продолжении лечения.

В дальнейшем специалисту предлагалось провести самооценку владения базовыми техниками



Рисунок 1. Общая подготовка специалистов в области психотерапевтической / психологической поддержки



Рисунок 2. Профессиональная подготовка к проведению мотивационной работы

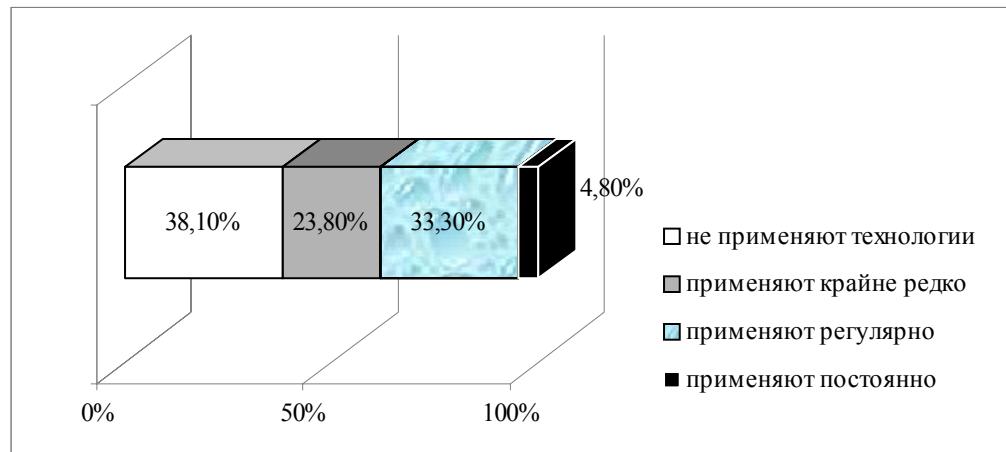


Рисунок 3. Ведение мотивационной работы на практике



Рисунок 4. Самооценка уровня владения техниками мотивационного интервью

мотивационного интервью, по каждому вопросу необходимо было провести градацию от 1 до 5 баллов (по принципу нарастания степени овладения). Наименьший средний балл группы регистрировался в техниках задавания вопросов и формулировании отражающего утверждения (3,6 - 3,8 балла), наивысший – в поощрении и поддержке (4,8 балла) (рисунок 4).

В заключительном блоке регистрировались трудности при проведении мотивационной работы, в частности «сопротивление клиентов». О том, что, так или иначе, сталкивались с противодействием со стороны пациента, ответили 100% респондентов. В качестве выражения конфронтационных моделей использовались следующие описания:

- а) спор;
- б) перебивание и прерывание беседы;
- в) игнорирования предмета беседы;
- г) злость и раздражение;
- д) поверхностность и шутливость;
- е) обвинение других лиц.

При этом только 1 специалист в качестве собственной стратегии поведения на сопротивление клиента указал конкретные техники, используемые

в таких случаях: простое отражение, двустороннее отражение, усиленное отражение, рефрейминг.

Подавляющее большинство специалистов призналось, что сопротивление клиентов либо блокирует проведение мотивационной работы, либо вызывает отрицательные эмоции в самом специалисте, порой ведя к спорам и патерналистическим доказательствам со стороны последних.

Таким образом, при проведении анкетирования выявлены следующие особенности:

- эффективность работы врача-нарколога амбулаторного звена напрямую связана с непрерывной мотивационной работой, направленной на повышении заинтересованности пациента в получении наркологической помощи;
- субъективная оценка врачами важности данного пункта разнилась с вышеуказанным утверждением (только 22,2% врачей подчеркнули его актуальность);
- повышение комплаенса пациентов программе МСР проводится практиками больше стихийно, без применения структурированных технологий;
- профессиональная подготовка практикующих врачей амбулаторного звена в сфере навыков

- психотерапии и психологии остаётся низкой (25% не проходили обучение указанным навыкам);
- не проходили подготовку по вопросам мотивационного консультирования 41,6% респондентов;
 - используют полученные знания на практике в различном объёме 36% специалистов;
 - при самооценке уровня владения базовыми техниками мотивационного консультирования градация была, в целом, удовлетворительной, колебляясь между 3,6 балла и 4,8 балла;
 - все опрошенные специалисты в своей деятельности сталкивались с сопротивлением клиентов;

Список использованной литературы:

1. Азанова Б.А., Молчанов С.Н. *Мотивационная психотерапия в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: методические рекомендации.* – Павлодар, 2005. – 45 с.
2. Аустри Л. *Мотивационная работа // Сб.: Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков.* – Ярославль: «Добро», 2002. – С. 84-103.
3. Байкенов Е.Б. *Мотивационное консультирование на различных этапах наркологической помощи: методические рекомендации.* – Павлодар, 2010. – 49 с.
4. Бокий И.В. *Психотерапия в системе профилактики рецидивов при алкоголизме // 1-й съезд психиатров соц. стран.* – М., 1987. – С. 420-424.
5. Ильин Е.П. *Сущность и структура мотива // Психологический журнал.* – 1995. – № 2. – С. 35-36.
6. Иманбеков К. О. *Особенности терапевтической динамики у зависимых от опиоидовна этапе амбулаторной медико-социальной реабилитации: автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.* – Алматы, 2010.
7. Керими Н.Б. *Принципы мотивационного терапевтического вмешательства при опийной наркомании // Вопросы наркологии.* – 1996. – № 3. – С. 23-38.
8. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing (Preparations People to Change Addictive Behavior).* – N.Y.: Guilford Publications, 1991. – Р. 112-115.

из них только 1 врач в ответ на конфронтацию применял конкретные структурированные техники;

- в абсолютном большинстве случаев сопротивление клиентов вызывало прерывание работы с ними и негативные эмоции специалистов.

Все вышеуказанные факты доказывают необходимость в обучении специалистов принципам мотивационной работы и в формировании навыков и умений в данной области.

В свою очередь это позволит не только интегрировать мотивационную работу в повседневную наркологическую практику, но и применять этот метод как приоритетный при работе с клиентами.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ

М.В. Прилуцкая-Сущенко

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

Д.Е. Аяганова

научный сотрудник сектора доказательной медицины РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Республика Казахстан)

О.Ю. Дробитько

врач высшей категории, нарколог центра временной адаптации и детоксикации, ПОЦПЛЗЗ, г. Павлодар

По своему клиническому значению синдром патологического влечения занимает основополагающее место. В настоящее время описаны различные разновидности тяги к психоактивным веществам (ПАВ). Уделяется внимание изучению психопатологических компонентов данного симптомокомплекса [3, 5].

Существует множество теорий влечения к ПАВ. Основные модели влечения к психоактивным веществам можно разделить на три категории:

1 – феноменологические модели, которые базируются на клинических наблюдениях и описаниях;

2 – условно-рефлекторные модели, которые базируются на одноименной теории, чаще всего они

применяются в моделях лечения с использованием напоминающих стимулов;

3 – когнитивные модели, в основе которых лежит теория когнитивно-социального научения, эти модели чаще всего используются при разработке когнитивной терапии.

Кроме вышеперечисленных, существуют также и такие теории, которые не считают обязательным в рецидиве присутствия влечения. Одна из них – теория реактивности на стимулы, напоминающие о выпивке. Еще одна «модель когнитивного процессинга влечения» предполагает, что употребление вещества может идти независимо от влечения и служит когнитивным маркером процесса, который только в некоторых случаях может быть ассоциирован с поиском и употреблением ПАВ [4].

Как феномен патологический, влечение характеризуется периодичностью протекания и постоянством проявлений. Во время актуализации влечения связанные с ним потребности становятся доминирующими, а другие потребности тормозятся. Если рассматривать нейрофизиологический подход, то болезненное влечение к ПАВ действует в соответствии с законом патологической доминанты. Это многокомпонентная система, среди свойств которой выделяют способность «ликвидировать другие напряжения», «тягивать к себе всю их энергию», тормозить всякую другую адекватную активность, устойчивость, тенденцию к хроническому функционированию в связи с ситуационными и биологическими факторами. Эта доминанта является материальной основой внутреннего единства первичного и вторичного ПАВ или психической и физической зависимости. Соответственно, удовлетворение влечений сопровождается разрядкой нервно-психического напряжения и создает предпосылки для актуализации других по-

требностей и возможностей для их удовлетворения. Одна из точек зрения психологов состоит в том, что влечение – это динамический процесс, затрагивающий мотивационную сферу [1, 5].

Таким образом, можно утверждать, что патологическое влечение «обслуживается» целым комплексом психопатологических механизмов, в том числе с привлечением универсальных патологических звеньев (нейрофизиологических, соматических, вегетативных). Данный факт должен быть учтен при диагностическом процессе, включая выявление предикторов актуализации тяги к ПАВ. На практике полезным является верификация «соматических» масок. Косвенным тому доказательством являются множественные литературные указания на стойкие ипохондрические жалобы среди зависимых от ПАВ на различных стадиях заболевания, наличие комплекса симптомов хронической интоксикации [1, 3, 5]. В свою очередь интернальные синдромы становятся частью психопатологического образования, завершающего свой генез и вызревание.

Коморбидность психопатологических и соматических синдромов может иметь различный характер (Рисунок 1).

1) Соматическая вредность может создавать так называемую «почву» для экзацербации психопатологической симптоматики – то есть срабатывает механизм органического фона с эпилептиформной активностью. Например, на фоне острых воспалительных процессов, экзогенных интоксикаций ненаркологической этиологии могут быть созданы условия для аутохтонного обострения влечения к ПАВ.

2) Соматическое расстройство как реактивное образование – проявляется как следствие колебаний в пределах симпато- или парасимпатоэргической систем, вызванных обострением патологической

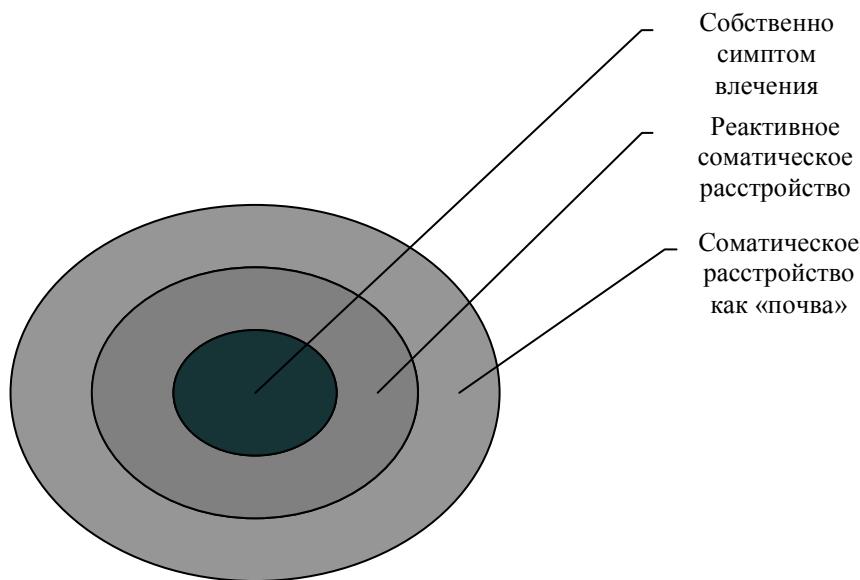


Рисунок 1. Патогенетическая взаимосвязь коморбидности психопатологической симптоматики влечения к ПАВ и соматической симптоматики

доминанты в головном мозге. Например, на фоне обострения патологического влечения (особенно при персистирующем, непрерывном типе влечения) обостряются хронические очаги инфекции: пустулезные поражения кожных покровов, воспалительные процессы ротовой полости и т.д.

3) Соматическое расстройство как симптом патологического влечения – может быть квалифицирован как компонент актуализированного психо-продуктивного образования. Например, алгический синдром, соматические маски депрессии.

В каждом конкретном случае патогенетическая взаимосвязь между психопатологическим и соматическим синдромом имеет важное значение, как для диагностики таких сложных состояний, так и для их адекватного ведения.

Цель и методология исследования

В этой связи для нас представила интерес характеристика динамики разворачивания симптомов соматического неблагополучия в системе патологического влечения к ПАВ, разделение синдромальных образований, а также диагностика завершенных соматических нозологий, скрывающихся за психо-продуктивными наслаждениями.

Для достижения поставленной цели нами использовалась описательная методика в рамках клинико-психопатологического метода с акцентированием внимания на комплексной оценке не только психиатрического, но и сомато-неврологического статуса.

Анализируемая группа состояла из 67 пациентов, имеющих установленные признаки химических зависимостей (F 10, F 11, F 12, F 19). При этом все пациенты на момент наблюдения демонстрировали признаки инициального этапа становления ремиссии в рамках ближайшего постабstinентного периода.

Критерии включения в группу:

- наличие установленного наркологического диагноза;

- ремиссия по основному заболеванию (не менее 3 недель после предыдущего употребления ПАВ);
- нахождение в программе медикаментозной коррекции или психотерапевтической реабилитации;
- отсутствие декомпенсированной соматической патологии.

Для квантifiedированной оценки патологического влечения к ПАВ использовалась шкала патологического влечения к ПАВ М.А. Винниковой и влечения к алкоголю В.Б. Альтшулер [1, 2].

Результаты и их обсуждение

По полу-возрастному аспекту группа была представлена следующим образом. Мужчины составили $67,2\% \pm 2,6\%$ (45 человек), женщины – $32,8\% \pm 4,3\%$ (22 человека), средний возраст на начало исследования – $34,8 \pm 3,6$ лет.

Нозологическая структура диагноза имела следующее распределение (Рисунок 2). Большую часть составили пациенты с алкогольной (48%) и опиоидной (31%) зависимостями.

Согласно анамнестическим данным группа была представлена следующими характеристиками (таблица 1).

Таким образом, большинство участников группы составляли пациенты с относительно ранними первыми пробами ПАВ (77,6%), с длительным стажем употребления ПАВ (91,1%) и малым числом самостоятельных ремиссий (67,2%). Это позволяет говорить о присутствии в течении заболевания выраженного биологического субстрата наркологического заболевания, который априори «укрепляет свои позиции» по мере прогрессирования нозологии (удлинение стажа, малое количество ремиссий, ранние пробы ПАВ).

После регистрации анамнестических данных (показатели процесса) в течение 2 недель фиксировались факты обострений патологического вле-

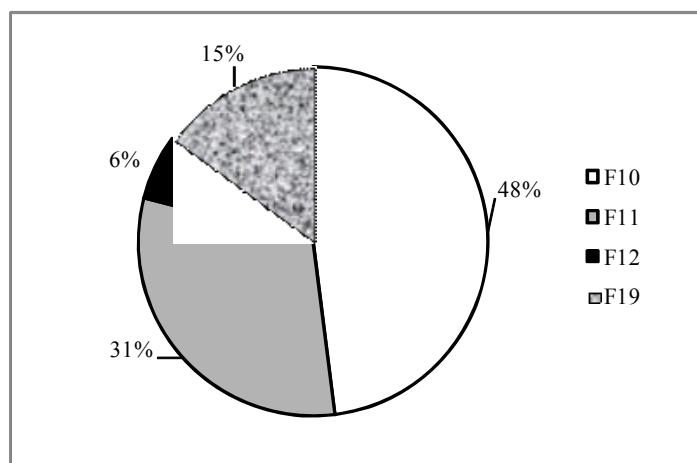


Рисунок 2. Нозологическая структура анализируемой группы ($n=67$)

Таблица 1

Анамnestические данные

Клинический показатель	Относительное количество участников группы (%)	Абсолютное количество участников группы
Возраст первой пробы ПАВ	До 18 лет	41,8%
	18-25	35,8%
	Свыше 25 лет	22,4%
Стаж употребления ПАВ	До 2 лет	8,9%
	2-5 лет	34,3%
	5-10 лет	43,3%
	Свыше 10 лет	13,5%
Самостоятельные ремиссии в анамнезе (более чем 2 месяца)	отсутствовали	28,4%
	1-2	38,8%
	2-5	26,9%
	Более 5	5,9%

чения, подтвержденные клиническим и психометрическим способами (шкалы патологического влечения) (Рисунок 3). При этом учитывались лишь те обострения, которые касались одновременно 3 уровней влечения: поведенческого, когнитивного, аффективного.

Особому вниманию подвергался 4 компонент влечения – сенсорный – с обязательной регистрацией возможного обострения сопутствующей па-

тологии. Так, по структуре коморбидных диагнозов группа представлена следующим видом (таблица 2).

Обострение хронической патологии регистрировалось в следующих случаях (Рисунок 4). Чаще всего коморбидность по соматической патологии обнаруживалась среди пациентов, страдающих хроническим гастритом, посттравматической церебральными, хронической дерматологической и хирургической патологией.

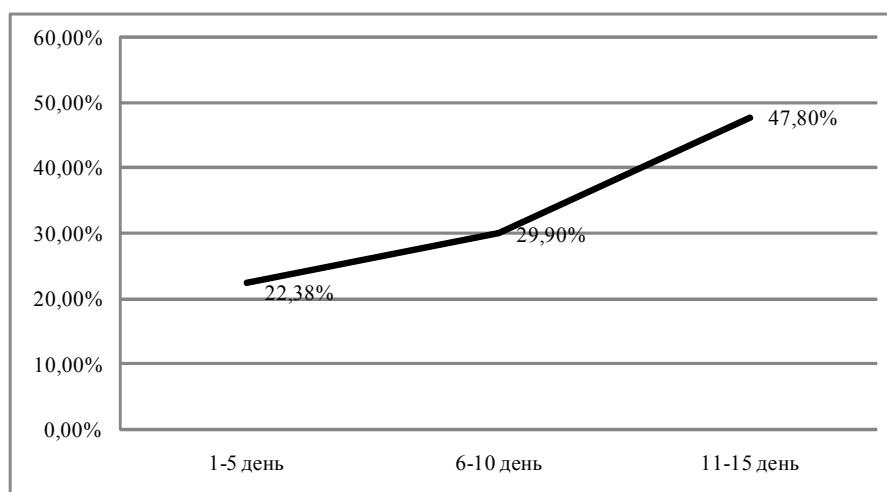


Рисунок 3. Динамика обострения патологического влечения

Таблица 2

Коморбидная соматическая патология

Диагноз	Относительное количество участников группы (%)	Абсолютное количество участников группы
Парентеральные гепатиты	46,3%	31
Алкогольный гепатит/панкреатит	28,4%	19
Хронический бронхит	22,4%	15
Хронический гастрит	13,4%	9
Посттравматическая энцефалопатия/неврастения	56,7%	38
Хронический пиелонефрит, цистит	35,8%	24
Поражения кожи (псориаз, пиодермии)	10,5%	7
Хирургическая патология (атеромы, гидроцефалия)	7,5%	5

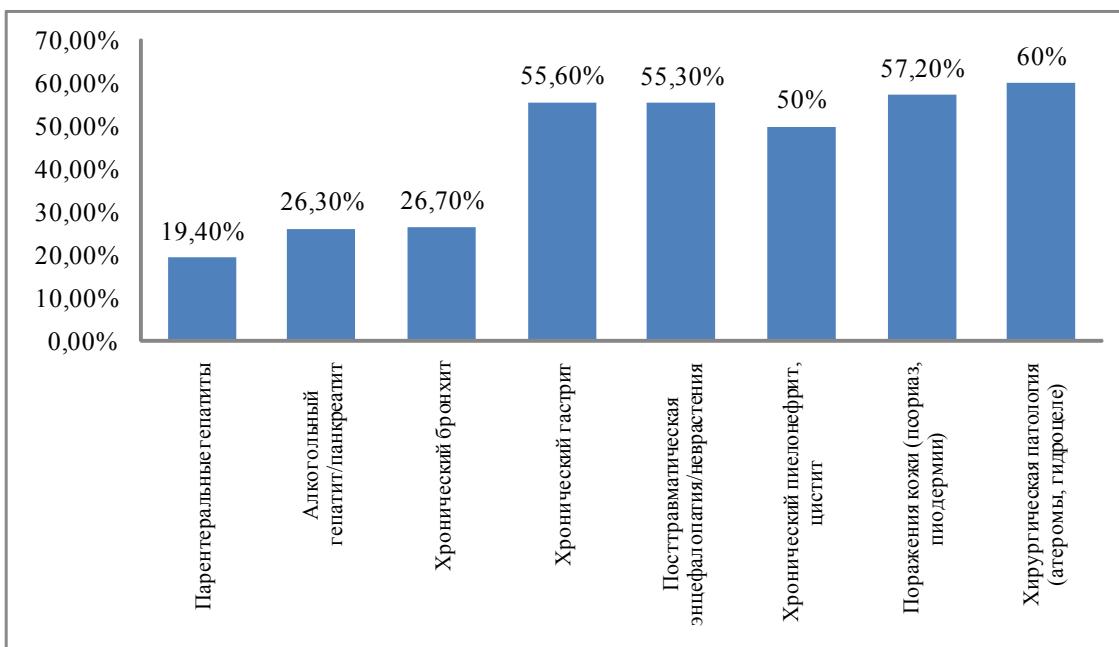


Рисунок 4. Обострение хронической нозологии в период актуализации патологического влечения к ПАВ

По динамическим характеристикам указанные диагнозы обострялись в различные периоды появления тяги к ПАВ. В частности, по количественным показателям подгруппа с признаками обострения нозологии распределилась следующим образом (Рисунок 5). Выявлено, что обострение нозологических диагнозов предшествовало актуализации ПАВ в 53% случаев. Данный момент может быть расценен как «почва» для аутохтонного запуска крейвинговых механизмов тяги, и параллельно должен вызвать настороженность наркологов в профилактике обострений влечения. Кроме того, выявлен достаточный процент реактивных соматических расстройств, разворачивающихся в период спада влечения к ПАВ (20%). В свою очередь требует дифференциальной диагностики третья группа соматических расстройств, разворачивающихся на пике влечения к ПАВ (27%). В частности, необходимо более

щательно верифицировать и отделять нозологический уровень коморбидных диагнозов и «маски» собственно патологического влечения к ПАВ.

В качестве ориентировочных дифференциально-диагностических критериев могут быть использованы следующие показатели (Таблица 3).

У 16 пациентов в структуре патологического влечения были диагностированы собственно сенсорные расстройства (23,9%). Условно нами были выделены следующие группы симптомов (выделить синдромы не представлялось возможным вследствие вторичного характера последних).

Алгическая группа – летучие боли, мышечно-суставной дискомфорт, расстройства проприорецепции, «симптом беспокойных ног».

Диспептическая группа – тошнота, однократная рвота без топических симптомов, кратковременные расстройства перистальтики кишечника.

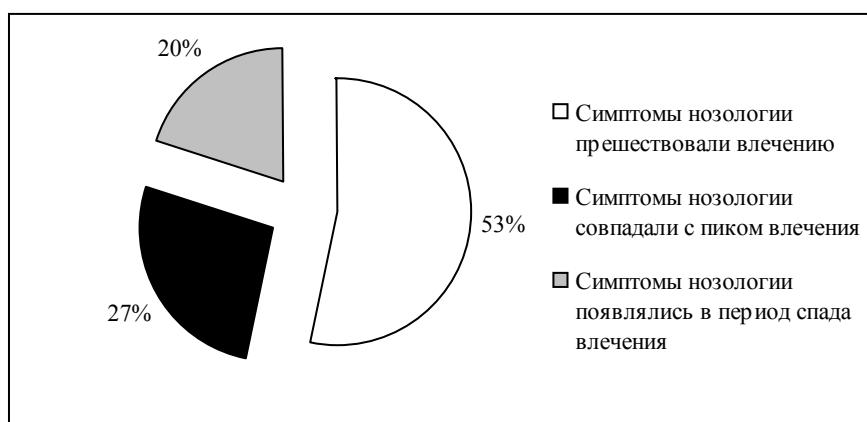


Рисунок 5. Динамика обострения соматической патологии при актуализации патологического влечения к ПАВ (n=60)

Таблица 3

Дифференциальная диагностика между обострением соматического диагноза при актуализации влечения к ПАВ и соматическими «масками» патологического влечения к ПАВ

Дифференциально-диагностический критерий	Обострение соматической патологии	Соматическая «мaska» влечения к ПАВ
Соответствие симптомов «internalным» синдромам	Полное	Частичное
Клиническая полнота, завершенность соматических симптомов	Завершены, развернуты полностью	Незавершенны, частичны, фрагментарны
Устойчивость по времени	Устойчивы, подчинены динамике соматического процесса	Неустойчивы, подвижны, находятся в зависимости от психопатологического процесса
Связь с влечением к ПАВ	Инициальный период, «закат» влечения	Пик влечения к ПАВ
Реакция на терапию	Интернальная терапия	Психофармакотерапия

Церебрастеническая группа – головные боли, утомляемость, шум в ушах, приступы головокружения.

Сосудистая (вазомоторная) группа – ринорея, колебания АД, приступы потливости, кратковременные эпизоды субфебрилитета.

Выводы

Таким образом, при проведении анализа соматической патологии в отдельной группе пациентов с химической зависимостью (n=67) выявлено, что:

– в структуре клинических симптомов патологического влечения соматические расстройства могут быть представлены разнородной группой состояний (обострения отдельных коморбидных нозологий, собственно симптомы влечения к ПАВ);

– нозологические (коморбидные симптомы) были достаточно часто представлены в период обострения влечения к ПАВ (89,6%);

– в структуре нозологических диагнозов лидировала хирургическая, дерматологическая и неврологическая патология;

– в 23,9% случаев соматические расстройства регистрировались непосредственно в структуре патологического влечения к ПАВ как сенсорный компонент, отличаясь подвижностью, незавершенностью, многообразием симптомов.

Указанные особенности следует учитывать как при построении диагностических мероприятий, так в определении терапевтической тактики и выявлении прогнозов течения соматической и аддиктивной патологии.

Список использованной литературы:

1. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. В кн.: Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 250-338.
2. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. – М., 2004. – 3 с.
3. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. – М.: Медицина, 2005. – 301 с.
4. Шайдукова Л.К. «Эпилептогенная» концепция патологического влечения к психоактивным веществам – опыт применения топиромата. – М.: Наркология, 2005.
5. Ясникова Е.Е. Динамика патологического влечения у больных опийной наркоманией в абstinентный и ранний постабstinентный период // Человек и здоровье: Матер. Всерос. конгресса. – Иркутск, 2004. – С. 127-128.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

УДК 159.9:61

ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ЛИЦ С РИСКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ИГРОВУЮ ЗАВИСИМОСТЬ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Л.А. Бикетова

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

Цель исследования: определение особенностей употребления психоактивных веществ среди учащихся средних общеобразовательных школ, студентов колледжей и высших учебных заведений, имеющих риски вовлечения в игровую зависимость.

Исследуемая группа – учащаяся молодежь (ученики средних общеобразовательных школ, студенты колледжей, высших учебных заведений) в возрасте от 16 до 22 лет.

Задачи исследования:

- 1) разработка инструмента исследования, в виде анкеты, по определению отношения к психоактивным веществам (ПАВ) среди учащихся в возрасте 16-22 лет;
- 2) определение инструмента исследования по определению рисков развития игровой зависимости;
- 3) определение распространённости рисков вовлечения в игровую зависимость среди учащихся школ, студентов колледжей и высших учебных заведений в возрасте 16-22 лет;
- 4) изучение взаимосвязи между потреблением психоактивных веществ и риском развития игромании среди учащихся школ, студентов колледжей и высших учебных заведений в возрасте 16-22 лет.

Дизайн исследования – исследование строилось по принципу кросс-секционного с одномоментной регистрацией результатов. Дизайн исследования предполагал двухкомпонентный анализ (Рисунок 1). В качестве основного диагностического инструмента использовалась скрининговая методика «Тест Такера», выявляющая риски вовлечения в игровую зависимость, и стандартизированная анкета, содержащая батарею вопросов о фактах и характере употребления ПАВ.

Выявленные при использовании методики «Тест Такера» результаты позволили разделить искомую репрезентативную выборку на три группы согласно степени риска вовлечения в зависимость. Соответственно были выделены следующие группы:

- 1 группа – подростки, у которых «последствия игры отсутствуют» (n=3609);
- 2 группа – подростки, у которых «уровень игры может привести к негативным последствиям» (n=178);
- 3 группа – подростки, у которых «уровень игры ведет к негативным последствиям, контроль над пристрастием к азартным играм потерян, высока вероятность патологического гемблинга» – (n=211).

В каждой группе проводилось определение наркологического профиля с помощью стандартизированной анкеты. При этом определялись как показатели актуального отношения к психоактивным веществам в группах, так и характеристики потребления химических агентов в течение жизни, последнего года и месяца. Описывались мотиваторы и эффекты потребления ПАВ.

Затем проводился парный сравнительный анализ между 1 и 2, а также 1 и 3 группами с использованием критерия Стьюдента в рамках статистической программы ESAG.

Результаты исследования и их обсуждение

Первоначально в группах исследовался профиль потребления табака. Данные этого исследования представлены на рисунке 2.

Выявлена достоверная разница по опыту курения табака между группами. Так, ни разу не курили сигареты 67,4% респондентов в 1 группе, 47,2% – во 2, и только 44,5% – в 3 группе ($p<0,01$). В свою очередь, 3-5 раз в течение жизни курили 3,9% участников 1 группы против 8,4% во второй группе ($p<0,01$), достоверной разницы между 1 и 3 группами не выявлено. Значительная разница выявлена по показателю «40 и более сигарет» между 1 и 2 группами – 11,6% и 24,2%, соответственно.

Достоверные различия между 1 и 2 группами выявлены по показателям курения табака в течение 30 последних дней (рисунок 3). Наибольшее число отказов от курения наблюдается в 1 группе – 83,7%, при этом пики по количеству выкуренных сигарет

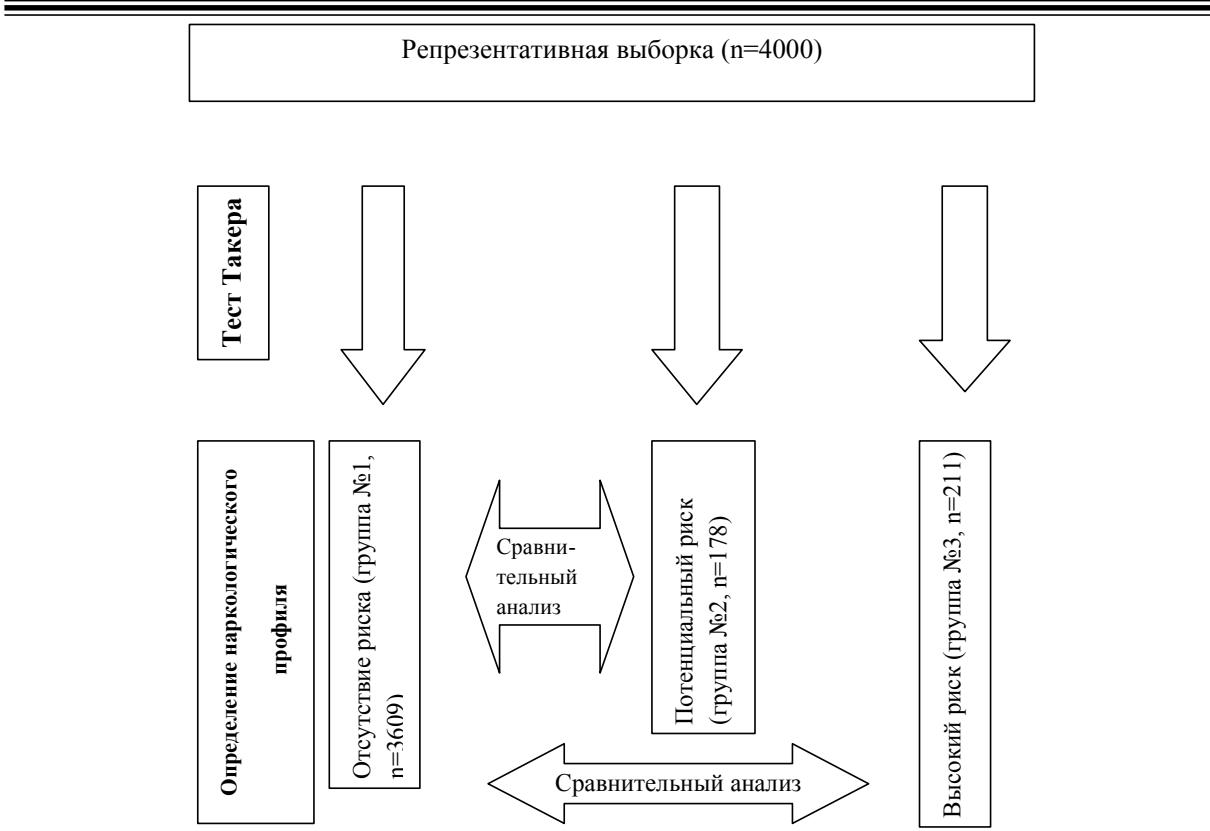


Рисунок 1. Дизайн исследования

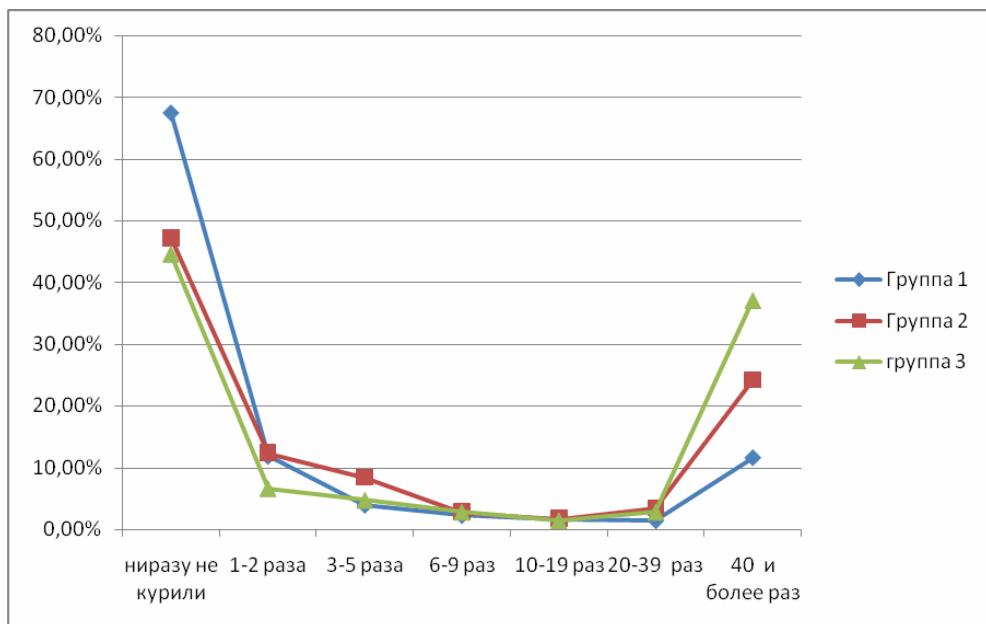


Рисунок 2. Кратность курения сигарет в течение жизни среди участников анализируемых групп

относятся для 2 группы – к 1-5 сигаретам (9,6%) и для 3 группы – 6-10 сигарет (18,6%).

По показателю «Возраст первых проб табака» выявляется более раннее начало табакокурения в 3 группе (9-10 лет) и во 2 группе (14 лет). Пятнадцатилетний возраст начала ежедневного потребления табака с достоверной разницей относится к 5,1% ис-

следуемых лиц во 2 группе и к 7,6% исследуемых лиц в 3 группе (против 1,9% исследуемых лиц в 1 группе).

Следующим этапом исследования явился профиль потребления алкоголя.

В группах риска выявляется значительное число опрошенных с недавним употреблением алкоголя от 7 до 14 дней – 26,5% во 2 группе, 32,2% – в

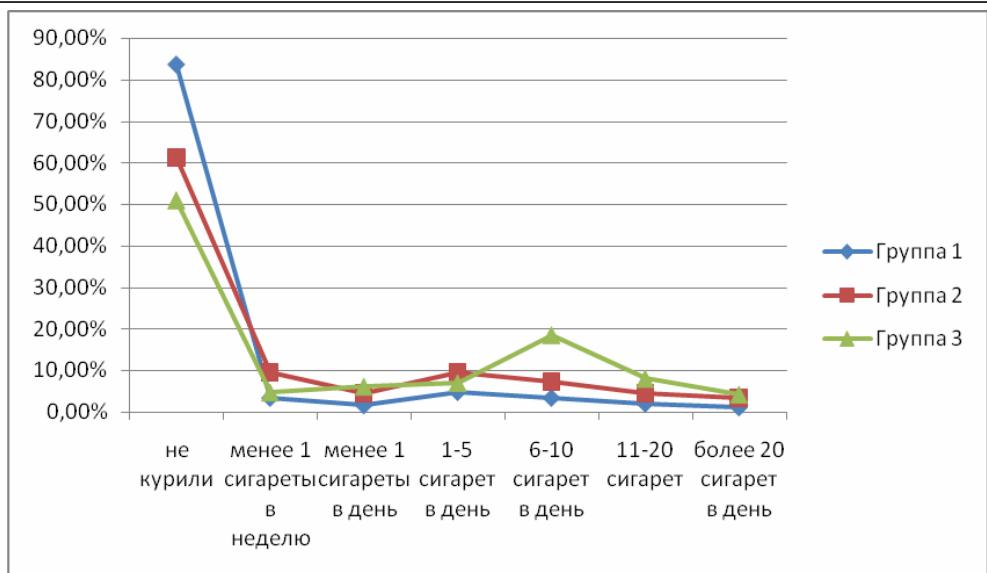


Рисунок 3. Кратность курения табака в течение последних 30 дней в анализируемых группах

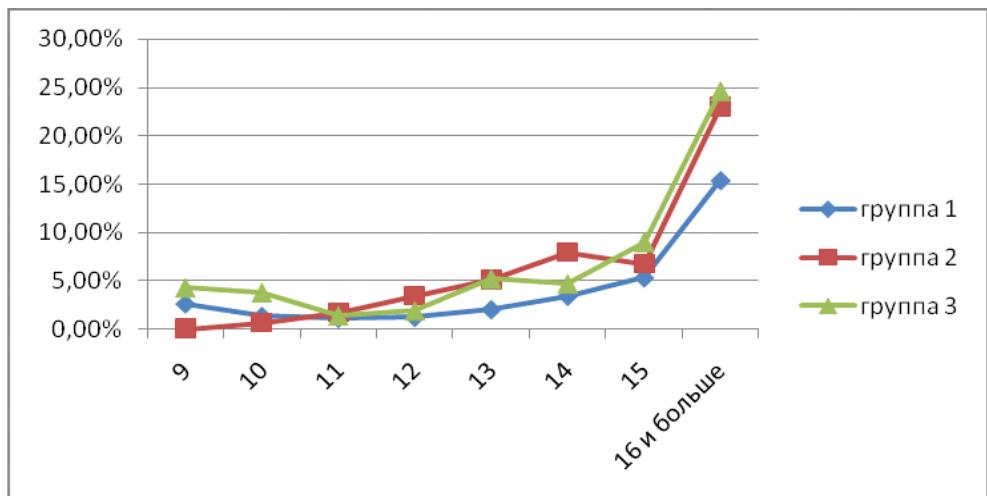


Рисунок 4. Возрастная структура первых проб табака

3 группе (1 группа – 15,6%). При этом выраженные степени алкогольного опьянения при последних алкоголизациях наблюдаются во 2 группе (10,1%), между тем в 3 группе достоверная разница по данному показателю не выявлена.

Интенсивность алкоголизации в группах исследовалась с помощью показателя частоты одновременного превышения 5 кратной дозы в течение 30 дней. Данные по интенсивности алкоголизации представлены на рисунке 5.

По данному показателю группы риска представлены большей частотой интенсивного потребления алкоголя, по сравнению с группой 1. При этом разница с градиентом частого потребления нарастает в сторону 3 группы.

Опросник позволяет проводить квантифицированную оценку частоты потребления алкоголя как в течение жизни, так и в период последнего года и месяца. Данные исследования, представленные на рисунке 6, показывают, что во всех трех группах воздержание от алкоголя увеличивается в сторону бо-

лее короткого периода времени. Частота потребления спиртных напитков увеличивается в сторону групп с высокими рисками.

Примечательно, что потребление пива в группах весьма своеобразно. При рассмотрении на примере последних 30 дней выявлено, что пики потребления на уровне средней частоты относятся ко 2 группе (1-2 раза – 20,2%); большей частоты – 3 группе (6-9 раз – 7,6%). Потребление алкоголя более 40 раз в течение последнего месяца также относятся к респондентам 3 группы с большей частотой по сравнению с двумя другими группами (1,9% против 1,1% и 0,5%) (рисунок 7).

Анализ полученных при исследовании данных показал, что по частоте алкогольных опьянений за последние 12 месяцев лидирует 2 группа – это может быть связано, с одной стороны – с достоверно более пагубным потреблением алкоголя по сравнению с представителями 1 группы, так и с другой стороны – с менее правдивыми ответами, даваемыми участниками 3 группы. Для верификации про-

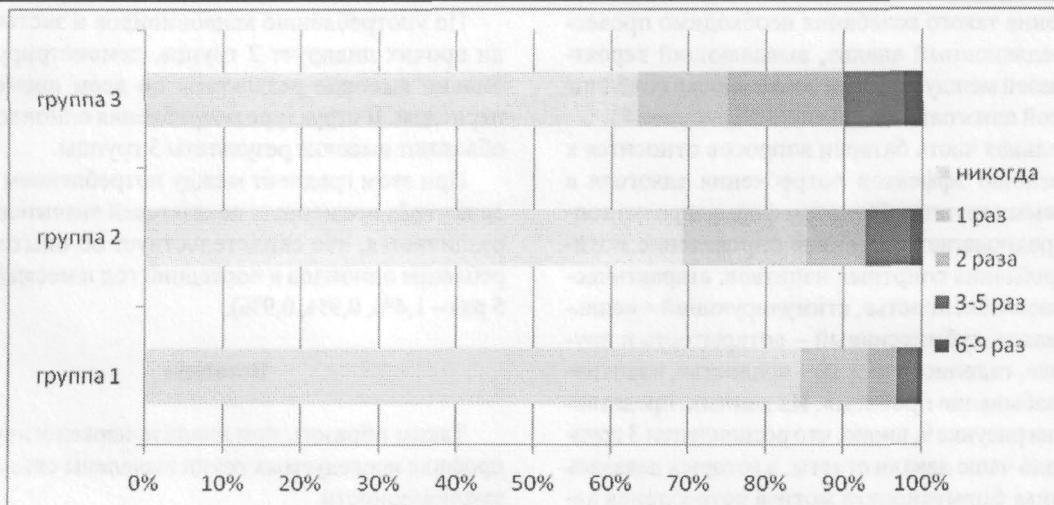


Рисунок 5. Частота встречаемости превышения средней дозы алкоголя в момент однократного приема (5 и более порций подряд)

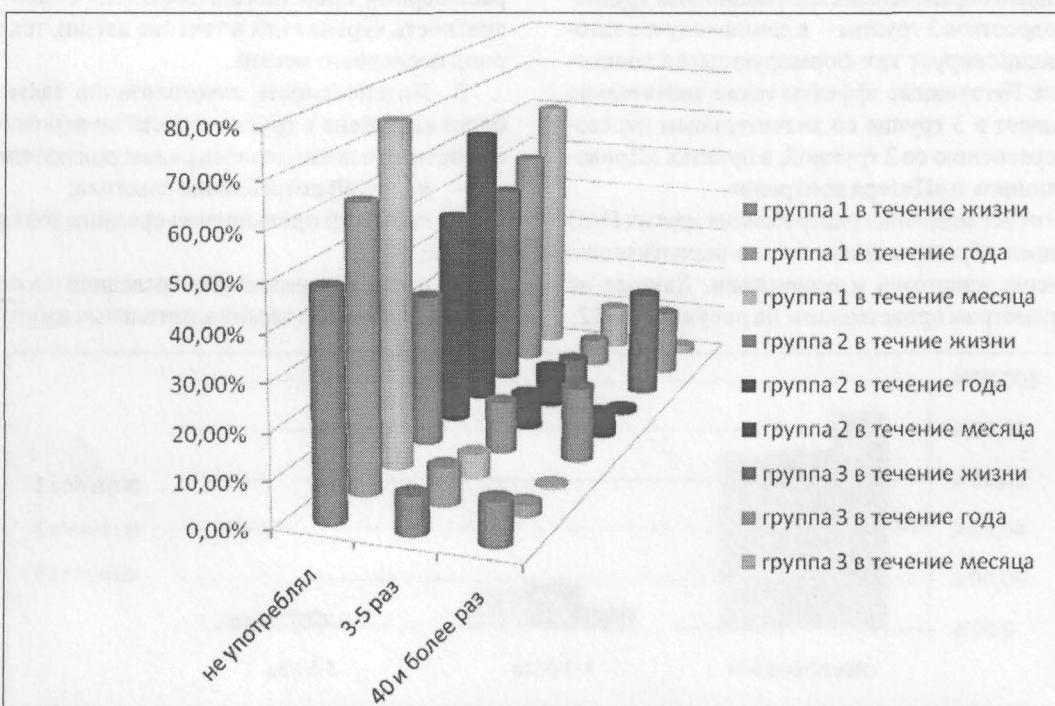


Рисунок 6. Характер потребления алкоголя в исследуемых группах

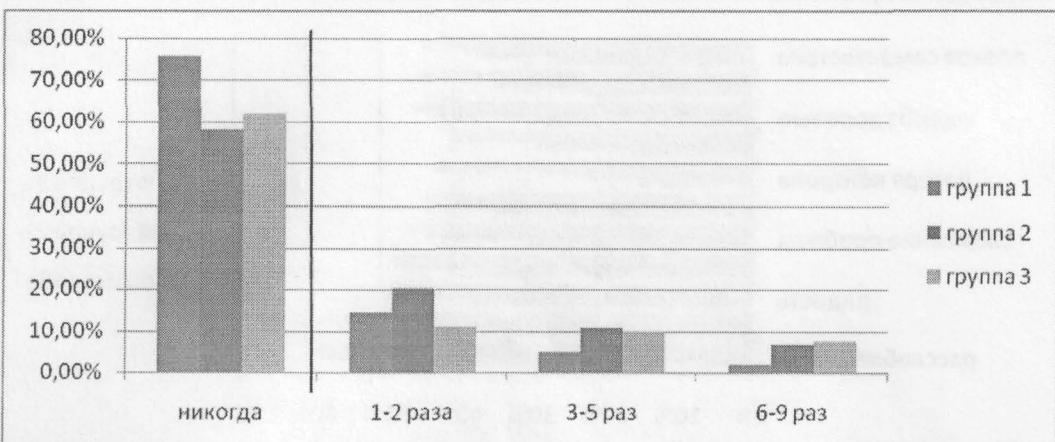


Рисунок 7. Частота употребления пива в группах в течение последних 30 дней

исходления такого колебания необходимо провести корреляционный анализ, выявляющий вероятность связей между рисками вовлечения в гемблинг и частотой алкогольных опьянений (рисунок 8).

Отдельная часть батареи вопросов относится к исследованию эффектов потребления алкоголя в исследуемых группах. При этом формулировка вопросов предполагает косвенное определение мотивов потребления спиртных напитков: атактический – «расслабленность», стимулирующий – «сильное веселье», субмиссивный – «открытость и дружелюбие», гедонистический – «радость», адаптивный – «забывание проблем». Из данных, представленных на рисунке 9, видно, что респонденты 3 группы гораздо чаще давали ответы, в которых давалась та или иная формулировка мотива потребления алкоголя. Таким образом, можно сделать предположение о большей вероятности «обслуживания» алкоголизацией определённых адаптационных трудностей у подростков 3 группы – в данном случае алкоголь функционирует как формирующаяся копинг-стратегия. Негативные эффекты также значительно преобладают в 3 группе со значительным перевесом, по сравнению со 2 группой, в пунктах «Приводы в полицию» и «Потеря контроля».

В части исследования употребления других ПАВ необходимо обратить внимание на наркотизацию каннабисом, «экстази» и опиоидами. Данные по этим параметрам представлены на рисунках 10-12.

По употреблению канабиноидов и экстази среди прочих лидирует 2 группа, демонстрируя стablyно высокие результаты по всем временным периодам. В структуре потребления опиоидов преобладают высокие результаты 3 группы.

При этом градиент между потреблением в пределах трёх временных показателей значительно не различается, что свидетельствует об опыте употребления опиоидов в последний год и месяц (для 3-5 раз – 1,4%, 0,9%, 0,9%).

Выводы

Таким образом, при анализе наркологического профиля исследуемых групп выявлены следующие закономерности.

1. В группе с высоким риском развития игровой зависимости определяется более ранний возраст первых проб табака. Выявлена самая частая кратность курения как в течение жизни, так и в период последнего месяца.

2. Интенсивность алкоголизации также была более выражена в группе с рисками игровой зависимости, что доказывалось рядом показателей:

- частотой потребления алкоголя;
- частотой превышения средних доз при выпивках;
- частотой опьянений за последний месяц, в том числе в отношении лёгких алкогольных напитков.

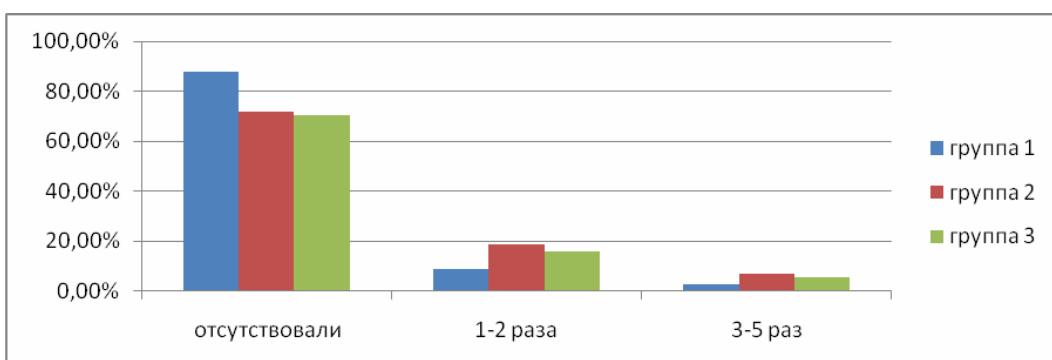


Рисунок 8. Частота алкогольных опьянений за последние 12 месяцев в анализируемых группах

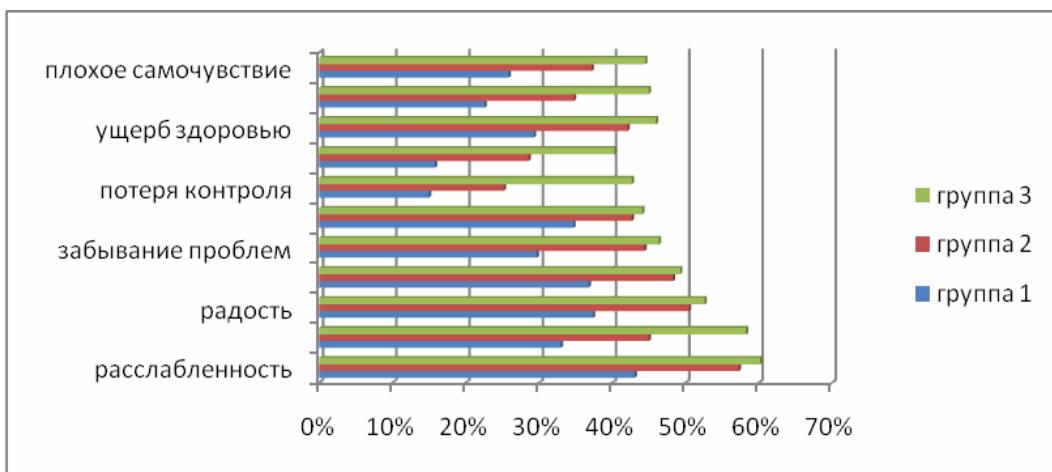


Рисунок 9. Эффекты и последствия потребления алкоголя в анализируемых группах

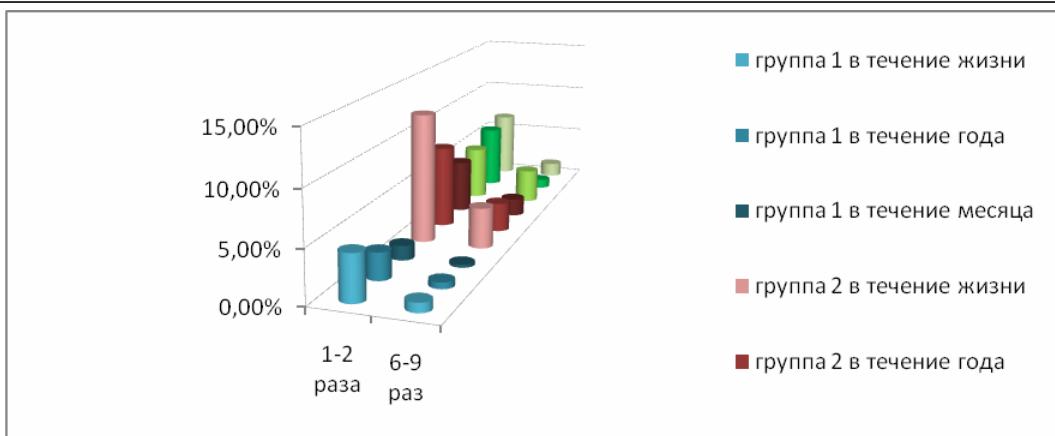


Рисунок 10. Употребление каннабиноидов в анализируемых группах

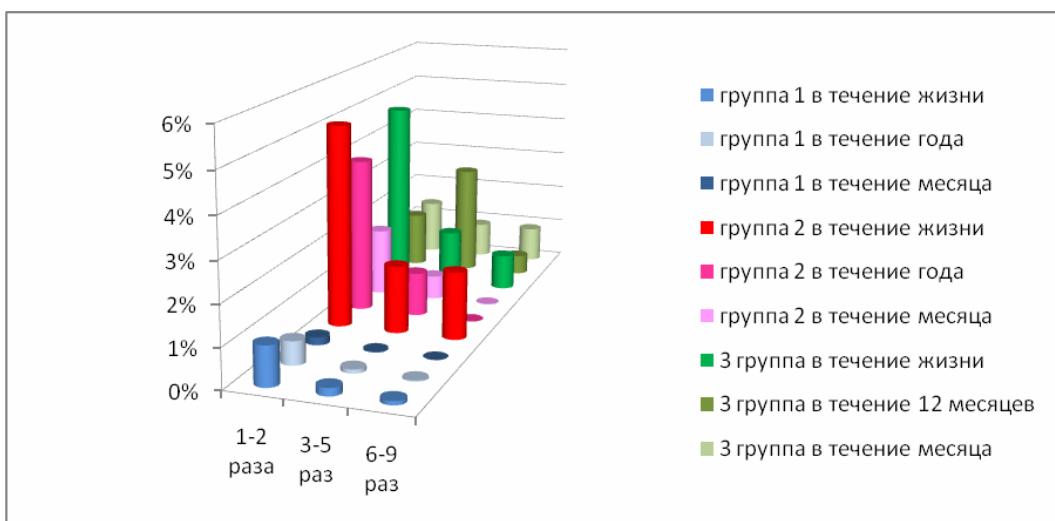


Рисунок 11. Употребление «экстази» в анализируемых группах

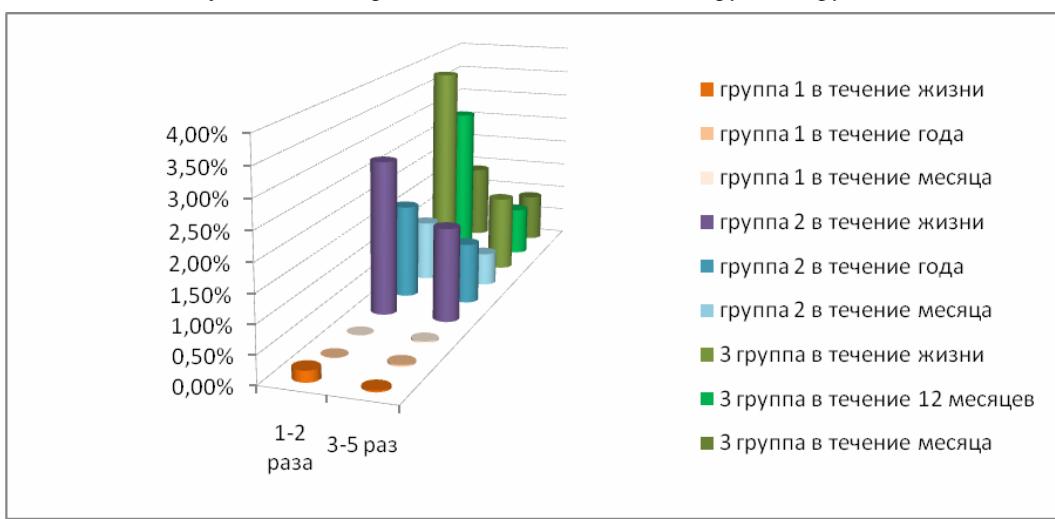


Рисунок 12. Структура потребления опиоидов в анализируемых группах

3. В группе с выраженным риском гемблинга обнаруживается высокая частота пагубных последствий потребления алкоголя с одновременным встраиванием выпивок в копинг-стратегии посредством атарактического, стимулирующего, субмиссивного, гедонистического и адаптивного мотива.

4. По употреблению каннабиноидов и экстази среди прочих лидирует группа с потенциальными

рискаами гемблинга, демонстрируя стабильно высокие результаты по частоте потребления ПАВ. В структуре потребления опиоидов преобладают высокие результаты 3 группы. При этом градиент между потреблением в пределах трех временных показателей значительно не различается, что свидетельствует об опыте употребления опиоидов в последний год и месяц перед анкетированием.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К КЛИНИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ (Концептуальная модель)

С.А. Касабян

Центр психологических служб «АЙГ», г. Ереван, Армения

1. Введение

По литературным сведениям [21, 25, 26, 32] в первичном звене здравоохранения (амбулаторно-поликлиническом), а также в общетерапевтических и узкоспециализированных клинических стационарах и больницах в настоящее время наблюдается значительный рост числа пациентов, у которых наиболее характерной особенностью клинической картины является несоответствие между объективно верифицируемыми клиническими и параклиническими методами, признаками наличия и степени органической соматической патологии и тяжестью предъявляемых жалоб. Такие состояния сложны для адекватной клинической интерпретации из-за атипичности клинической картины, в которой самым разнообразным способом сочетаются психопатологические, психовегетативные и соматические симптомы и синдромы [7, 19, 23]. Существенным является и то, что сохранность таких пациентов, их достаточная социально-психологическая адаптированность без интеллектуального и эмоционального – волевого снижения не позволяет заподозрить у них наличие какого-либо психического заболевания [25]. По современной классификации МКБ-10 [16], данные заболевания относят к рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», подчёркивая, тем самым, их психогенное происхождение. Однако, соматоформность, так же, как и сам процесс «соматизации» (подрубрика «Соматизированные психические нарушения»), свойственен также и другому большому классу психических заболеваний, относящихся как по этиологии, так и по клинической картине к различным проявлениям патологии психики человека, имеющим не только психогенное происхождение. Соматизация выявлена при расстройствах личности, при эндогенных психических заболеваниях, соматогенных психических нарушениях, интоксикационных, метаболических и другого рода заболеваниях. В качестве концепции возникновения соматизированных психических нарушений, предложено рассматривать их как эпифеномен [25], не имеющий нозологической принадлежности и отражающий процесс социальной адаптации личности к возрастанию темпа и напряжённости ритма жизни, усложнения межличностных контактов, возрастания неопределенности и информационного потока, невозможности принятия решений в условиях дефицита времени, что приводит к срыву адаптации с включением патологически функционирующих психофизиологических

функциональных систем, и с возникновением острых состояний стресса, страха и депрессий [4, 6, 15]. Особое внимание привлечено к проблеме соматизированных эндогенных депрессий – ипохондрической, астенической и соматовегетативной. Характерной особенностью таких патологических состояний, является то, что клинически они все являются первичными мозговыми расстройствами и имеют общую структуру, состоящую: 1) из патологических телесных ощущений, 2) изmono- и/или полисистемных вегетативных нарушений приступообразного и/или перманентного характера, 3) из собственно психопатологических расстройств [7, 19, 21, 23, 25]. Первые два компонента обуславливают наличие соматовегетативного симптомокомплекса, третий – преимущественно расстройства аффективного круга. Немаловажно, что описанные состояния характерны для широкого круга пациентов общесоматической, в том числе, амбулаторной сети. Кроме того, наблюдаются статистически достоверные «устойчивые» состояния, включающие в себя патологию, по крайней мере, трёх сфер: психической, вегетативной и соматической [7, 22]. Именно у таких пациентов наблюдаются атипичные, слабо дифференцированные симптомо- и синдромокомплексы, не вписывающиеся в определённые нозологические рамки и резистентные к традиционной соматотропной и психотропной терапии [22]. Это требует не только высокой квалификации от психотерапевта, но и изменения некоторых его методологических позиций. Сама проблема преодоления такой резистентности требует переосмыслиния, «выхода» на качественно иной уровень врачебного мышления, тем более что основные тенденции современной медицины характеризуются стремлением к синтезу достижений высоких медицинских технологий и клинических наблюдений с целью разработки оптимальных и всё более совершенных лечебно-профилактических программ, максимально приближенных к нуждам практики [30, 31, 32]. При этом, довольно pragmatically используются, в том числе, достижения наук, весьма далёких от биологии в целом, не говоря уже о медицине. Так, например, применение математической теории динамического (детерминированного) хаоса уже привело к возникновению фрактальной медицины, синергетики и биологической теории самоорганизующихся систем [12, 13, 14], а теория функциональных систем [4, 5] получила своё непосредственное продолжение в системной психофизиологии [2, 10, 27] и в теории и практике био-

адаптивного регулирования [3, 27], ведётся интенсивный поиск нейроанатомических, нейрофизиологических и нейрохимических основ тревоги и депрессии [8, 11, 24, 31, 34].

В настоящей статье сделана попытка синтетического, системного подхода к анализу [9] вышеуказанных особенностей протекания психических заболеваний, встречающихся в каждодневной практике, как психотерапевтов, так и интернистов.

2. Общетеоретические положения концептуальной модели психосоматических соотношений

Психическое здоровье человека во многом определяется адаптированным характером его психической деятельности. При системном анализе организации функций, адаптация и дезадаптация рассматриваются как выражение системной, синтетически интегрированной деятельности многих биологических и социально-психологических подсистем, формирующих индивидуальные рамки функциональных возможностей личности: «нормальные» взаимодействующие параметры функциональных систем, позволяют психической деятельности оставаться в рамках «оперативного покоя». В то же время, психически адаптированная деятельность являет собой целиком связанное множество и её невозможно разделить на отдельные независимые подсистемы [1]. В силу этого, человек и его деятельность рассматриваются как сложная, целостная, нелинейная система, активно преобразовывающая информацию, обменивающаяся ею, а также веществом и энергией, с внешней средой [2, 10, 12, 13, 27]. В этом плане, информация и её операционные возможности, представляют собой универсальные спектрально-энергетические характеристики личности, в противовес энтропии, выступающей, в клиническом плане, как наиболее низкая, неспецифическая форма дезадаптации психики [1, 2, 3, 10, 14]. Принято считать [1], что «снижение» дезадаптации на более сохранный интегративный уровень проявляется «смягчением», «переводом» наиболее дезадаптированных форм проявлений психической патологии, на невротический и неврозоподобный уровень, что сопровождается, в том числе, соматизацией. В качестве клинических примеров можно указать на большой класс тревожных, тревожно-фобических, депрессивных и смешанных, тревожно-депрессивных расстройств. Действительно, реакция тревоги и тревожность как фундаментальные характеристики личности [24], ограничивают пластичность его психики и поэтому могут рассматриваться как проявления несоответствия между «входной информацией» и «информационной ёмкостью» индивида [1]. Это несоответствие проявляется повышенной тревожностью и при повышенной длительности внешнего воздействия или её большой силе может послужить причиной развития невротических тревожных со-

стояний. В свою очередь, помимо психологического/психопатологического чувства тревоги, повышенная тревожность сопровождается неспецифической вегетативной, преимущественно симпатикотонической активацией, с развитием симптомов соматовегетативной дисфункции, часто выступающей как «соматический эквивалент тревоги» [7, 22]. Понятно, что системный подход становится альтернативной методологией, которая расширяет возможности традиционной врачебной тактики поиска моррофизиологического субстрата патологии органов и систем органов: он создаёт возможность клинически целостно рассматривать патологически организованную систему взаимоотношений психики, вегетативной нервной системы и соматической сферы [23].

Действительно, для обеспечения гомеостаза, поддержания оптимального адаптивного поведения во внешней среде и удовлетворения текущих мотивационных потребностей система обладает целым набором функциональных механизмов или программ, которые могут быть уже «встроенным» или «перепрограммированными» [4, 7]. В тоже время, в зависимости от результатов вероятностного прогнозирования ситуации [8], в каждый последующий момент времени, организм может формировать новые функциональные системы, включающие в себя все уровни организации – от молекулярного до психического, «отбирая» их по принципу необходимости и адекватности текущей адаптационной потребности [7]. Важным является то, что способность к самоорганизации [17, 18, 20], проявляется феноменом системной организации функций или образованием функциональных систем [2, 3, 10, 13, 27]. Для выполнения своих основных целей каждая новая функциональная система может вовлекать самые различные органы, системы органов, нервно-психическую сферу, системы нейроэндокринного и гуморального регулирования, включая «главные» нейроэндокринные оси» [7]. Таким образом, в каждый текущий момент жизнедеятельности организма можно представить, как сложный комплекс функциональных систем, эволюционирующих по сложным траекториям, подчиняющимся как законам «физического мира» [12, 13], так и закономерностям активного, преобразовывающего мир, целенаправленного адаптированного поведения, обеспечивающего нелинейное, динамическое взаимодействие мотивационно-потребностной сферы психики [2, 5, 27] и вещественного мира. Ключевым механизмом в таком взаимодействии и таком понимании природы человека является акцептор результатов действия, а главным системообразующим фактором – процесс адаптации, приспособления, понимаемого с позиций активности, стремящейся к опережению [2, 4, 5]. Предполагается, что в основе большинства наблюдаемых патологических состояний, ведущие симптомы которых представлены фраг-

ментарно, незавершённо, слабо дифференцированно и атипично, представляют собой сложные формы психосоматического взаимодействия, формирующиеся в процессе адаптации, с образованием изменённых психофизиологических систем [1, 7, 22]. Если рассматривать вышеуказанные процессы, с точки зрения энерго-информационного обмена, как энтропийные, то изменения психосоматических пропорций можно объяснить, прибегнув к простейшим аналогиям. Естественнонаучным основанием такой аналогии, в простейшем виде, является признание следующих моментов.

1. Биологические системы представляют собой открытые нелинейные системы с энтропией [2, 17, 18, 20].

2. Эволюция траекторий любой части или точки такой системы могут быть, с одной стороны, хаотическими, непредсказуемыми, а с другой стороны – могут быть описаны с математической точностью или с достаточной долей вероятности.

3. Пути перехода к хаотическому поведению заранее предсказуемой системы, могут «перемежаться»

с «переходными» состояниями и порождением новых бифуркационных структур.

4. Такие структуры характерны и для функциональных образований, обязательным условием для чего должно быть существование, «взаимодействие» двух и более функциональных систем, поведение которых достаточно точно (в математическом смысле) описывается оператором «внутреннего» времени системы и преобразования энтропии. В максимально упрощённом виде, для наглядной убедительности, можно представить себе весь гипотетический «психосоматический континуум» болезненных состояний, над которым производится так называемое «преобразование пекаря». Схематически это преобразование можно представить себе следующим образом (рисунок 1). Оно заключается:

- 1) в растягивании квадрата в 2 раза с одновременным уменьшением его высоты до $\frac{1}{2}$ от исходной;
- 2) в разрезании полученного прямоугольника пополам;
- 3) в накладывании одной половины на другую.

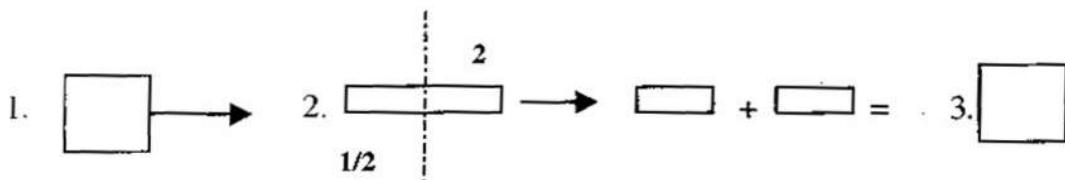


Рисунок 1. Схема так называемое «преобразование пекаря»

В результате одного такого цикла преобразования, получаем исходный квадрат. Сколько бы циклов мы ни производили, мы всегда будем получать исходный квадрат. Рассмотрим два полюса:

- a) соматические болезни;
- b) психические болезни.

Между ними – гипотетический континуум промежуточных форм [25]. Обозначим N1 (соматические болезни) как белый (пустой) квадрат, а N2 (психические болезни) как чёрный (полный) квадрат. Как видно из рисунка 1, даже многократное воздействие оператора набора на единичный однородный (пустой) квадрат (соматические заболевания) приводит к восстановлению исходного квадрата (соматические заболевания). Иначе говоря, если мы находимся в кру-

ге «чисто» соматических болезней, то какие бы мы преобразования или сколько бы раз мы их ни производили (результаты анализов, постановка дифференциального диагноза и т.д.), в итоге мы останемся в круге только «чисто» соматических страданий. Тоже самое произойдет и в случае «чисто» психического заболевания (чёрный или полный квадрат) (рисунок 2).

Иная картина возникает, если мы, оставив размеры квадрата прежними, сделаем его неоднородным, то есть одну половину оставим пустой (соматические заболевания), а другую – заполним чёрным (психические заболевания). На рисунке 3 показаны результаты двукратного (Б) и n-кратного (В) циклов действия оператора набора на исходный неоднородный квадрат (А).



Рисунок 2. Многократное воздействие оператора набора на единичный однородный (пустой) квадрат (соматические заболевания) приводит к восстановлению исходного квадрата (соматические заболевания)

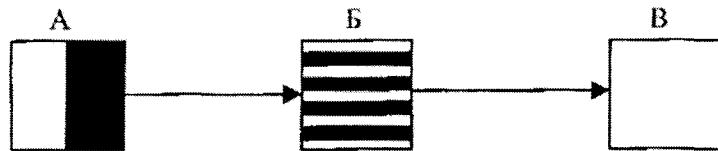


Рисунок 3. Результаты двукратного (Б) и n -кратного (В) циклов действия оператора набла на исходный неоднородный квадрат (А)

Мы видим, что на промежуточной стадии (Б), продолжая аналогию, симптомы психических нарушений «переслаиваются» с симптоматикой патологии соматической сферы. На клиническом уровне будут наблюдаться «смешанные», «слоистые» синдромы без строгой очерченности, но имеющие свой «внутренний порядок». При определённом количестве циклов (n -кратное повторение) чёрные полоски (психические заболевания) будут всё больше истончаться и станут, в конце концов, неразличимыми. Мы будем иметь исходный квадрат, но только однородно пустой (соматические заболевания, В) – произошёл феномен «маскировки» или полного «перекрытия» («overlapping», [30, 32]) симптомов психических расстройств симптомами патологии соматической сферы (если продолжить аналогию). Проще говоря, мы «потеряли» психическую патологию или она не диагностируется на клиническом уровне. Однако, помимо качественного изменения, описываемое явление имеет и более глубокий количественный смысл. Ведь исходный квадрат был всего лишь наполовину белым (пустым, соматические заболевания), а в конечном итоге n -кратного действия оператора преобразования энтропии и внутреннего времени системы набла, исходный квадрат содержит «неоправданно», в 2 раза больше белого

(пустого) пространства и становится однородным. На клиническом языке (опять-таки по аналогии) это будет означать диссоциацию или несоответствие между тяжестью соматического заболевания и «исходными», объективно подтвержденными данными о степени органической патологии. Оставаясь в рамках «органопатологии» мы будем видеть только симптомы соматического заболевания и, соответственно, лечить, достаточно долго, соматотропными средствами без существенного результата. При системном подходе, нужно иметь в виду наличие «скрытой», «маскированной» психической патологии и, найдя несоответствие, направить, по крайней мере, больного, на консультацию к психиатру. Чуть более сложная ситуация, сопровождающаяся включением вегетативного синдрома, еще больше приблизит нас к клинике. Так, возвращаясь к нашему единичному квадрату, разделим его на три части: белую (N_1 , пустую, соматические заболевания), черную (полную, N_2 , психические заболевания) и с косой штриховкой (левосторонней – психовегетативные нарушения, N_3 , и правосторонней – соматовегетативный симптомокомплекс, N_4). Исходный квадрат будет выглядеть следующим образом (рисунок 4А). Подействуем на него оператором набла (V), сначала 3-кратным циклом, затем до n -кратного (рисунок 4г).

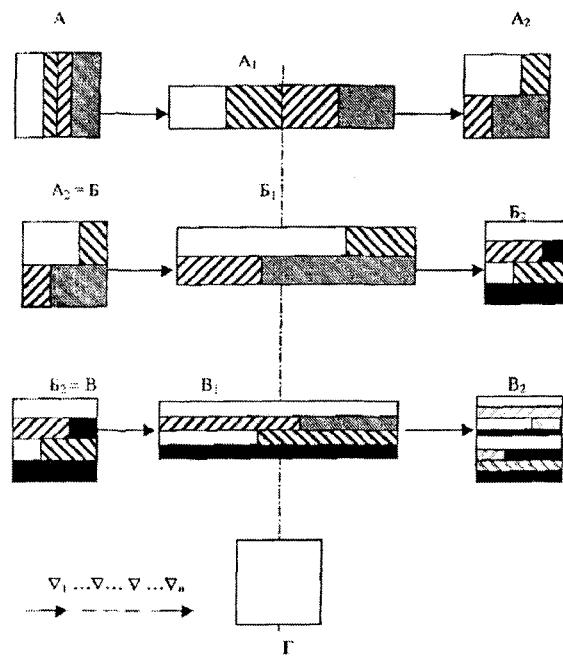


Рисунок 4.

Как и в предыдущем случае, опять-таки, будут наблюдаться смешанные, полиморфные картины, но без «слоистости» и внутренней «упорядоченности». Уже при трёхкратном повторении цикла, в наблюдавших картинах имеется фрагментарность, рудиментарность, слабая выраженность, неочерченность, резко контрастирующая с отдельными очерченными слоями (рисунки 4Бг, 4Вi, 4Вг). В целом, картина приближается к хаотической. На практике это означает сложность, полиморфность, смешанность клинической картины, быструю смену симптомов с частой сменой вовлеченности как соматических, так и психовегетативных систем, одновременное присутствие микросимптомов психических, вегетативных и соматических расстройств, их взаимное усиление, подавление, наконец, дублирование. Даже с использованием системного подхода с большим трудом удается констатировать факт заинтересованности всех вышеуказанных трёх систем. Облегчает задачу участие групп независимых экспертов - каждой в своей области. Эффективную врачебную помощь семейный врач или врач общей практики в подобных случаях оказывать не может. Рекомендуется участие, по крайней мере, психиатра и невролога-вегетолога. Желательно участие врача узкой специальности в сфере соматологии. При пятикратном цикле фрагменты, отдельные компоненты будут все более неразличимыми и, в определенный момент, перед нами - исходный, но однородный (пустой, соматическое заболевание) квадрат. Клинически это опять феномен «маскировки», но уже двойной, так как не наблюдается ни психопатологичес-

кой, ни вегетативной симптоматики. Несоответствие объективной соматической патологии тяжести страдания возрастет во много раз. Даже если иметь в виду возможность двойной «маскировки» и находить отдельные доказательства, то лучше всего лечить такого пациента в специализированной клинике неврозов и других пограничных состояний или в других соответствующих учреждениях.

В вышеприведенной гипотетической модели высказано предположение о том, что наблюдаемые клиницистами факты могут быть объяснены и описаны с помощью показателя производства и преобразования энтропии в адаптационном процессе. В качестве энтропийного процесса могут быть рассмотрены информационные процессы и их такие показатели, как неопределенность и объем (ёмкость) [28, 31]. В целом же, примеры и аналогии указывают на сложность патологических проявлений психосоматических соотношений [22, 23, 25], которые «несводимы» к традиционному взгляду на психосоматические заболевания, рассматривающий психогенный фактор в качестве «пускового» механизма, а развитие и протекание самого заболевания, рассматривается в рамках закономерностей, свойственных соматическому страданию [25]. Большие возможности и, одновременно, более широкий «охват» и объяснение наблюданной клинической реальности, даёт синтетическое, интегрированное мышление, с привлечением, к объяснению, методологических основ теории функциональных систем [5], а также некоторых методов из динамики хаотических систем [17, 20] и синергетического подхода [13, 14].

Список использованной литературы :

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976. – С. 272.
2. Александров Ю.И. Введение в системную психофизиологию. // Психология XXI века. – М., 2003. – С. 39-85.
3. Алиев Х.М., Баратов А.Г., Исраелян А.А., Касабян С.А., Петросян Э.А. Принципы построения автоматизированной психофизиологической системы. // Электронная промышленность СССР. – 1985. – вып. 1. – С. 15-17.
4. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975.
5. Анохин П.К. Философские вопросы теории функциональных систем. – М.: Наука, 1978.
6. Астафатуров М.И. Избранные труды. – Л.: Медицина, 1939.
7. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. // Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – С. 752.
8. Грей Дж. Нейропсихология эмоций и структура личности. // Ж. высшей нервной деятельности. – т. 37., вып. 6. – С. 1011-1023.
9. Дицэ Э. Методы анализа данных. // Пер. с фр. // Колл. авт. под рук. Э. Дицэ. – М.: Финансы и статистика, 1985. – С. 357.
10. Зилов В.Г., Мамедов А.М., Машин Ю.Д., Пролейко В.М., Судаков К.В. Системный подход к контролю и коррекции состояния здоровья человека, занятого на производстве. // Электронная промышленность СССР. – 1985. – вып. 1. – С. 17-23.
11. Изнак А.Ф. Современные представления о нейрофизиологических основах депрессивных расстройств. Депрессия и коморбидные расстройства. // Под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1997. – С. 166-179.
12. Князева Е.Н., Курдюмов С.П. Законы эволюции и самоорганизации сложных систем. – М.: Наука, 1994. – С. 238.
13. Князева Е.Н., Курдюмов С.П. Основания синергетики. Человек, конструирующий себя и своё будущее. – М.: КомКнига, 2006.

-
-
14. Курдюмов С.П. // Выступление на Международной научно-общественной конференции «Космическое мировоззрение – новое мышление XXI века» в октябре 2003 года в Международном Центре Рерихов.
15. Меграбян А.А. Личность и сознание (в норме и патологии). – М.: Медицина, 1978.
16. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – Женева, 1994.
17. Мун Ф. Хаотические колебания. // Пер. с англ. – М.: Мир, 1990. – С. 312.
18. Николис Г., Пригожин И. Познание сложного. Введение. // Пер. с англ. – М.: Мир, 1990. – С. 344.
19. Петрова Н.Н., Ванчакова Н.П. Факторное значение симптомов, включаемых в диагностическое поле соматизированной депрессии. Организационные, клинические и психологические аспекты психосоматической медицины. – СПб., 1996. – С. 15-17.
20. Пригожин И. От существующего к возникающему. Время и сложность в физических науках. // Пер. с англ. // Под ред. Ю.Л. Климонтовича. – М.: Наука, 1985. – С. 328.
21. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Аффективные заболевания непсихотического уровня – циклотимия, дистимия. // Руководство по психиатрии. / Под ред. А.С. Тиганова. – М., 1999. – т. 1. – С. 608-636.
22. Смулевич А.Б., Сыркин А.А., Рапопорт С.И., Иванов С.В., Колесников Д.Б. Органные неврозы как психосоматическая проблема. // Ж. неврологии и психиатрии. – 2000. – т. 12. – С. 4-12.
23. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
24. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги, 1983 // Тревога и тревожность / Под ред. В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001.
25. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С. Соматизированные психические нарушения. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – 2. – С. 57-61.
26. Шмаонова Л.М., Бакалова Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с депрессивными расстройствами, обратившихся в психиатрический кабинет территориальной поликлиники. // Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы. – М., 1998. – С. 113-114.
27. Юматов Е.А. Системная психофизиология субъективного состояния человека. – М., 2011. – С. 142.
28. Яглом А.М., Яглом И.М. Вероятность и информация. – М.; Наука, 1973. – С. 512.
29. Ясперс К. Общая психопатология. // Пер. с нем. – М.: Практика, 1997.
30. Barsky A.J. Psychosomatics. – 1992. – v. 33. – P. 128-136.
31. Itil T.M., Le Bars P., Eralp E. Quantitative EEG as biological marker. // Neuropsychopharmacology. – 1994. – v. 10. – P. 310.
32. Goroll A.H., May L.A., Mulley A.G. Primary care medicine // 2-th edition. – P. 1002.
33. Maser J.D., Cloninger C.R. Comorbidity in Anxiety and Depression. – Washington DC, 1990.
34. Ressler K.J., Nemeroff Ch.D. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders // Depression & Anxiety. – 2000. – v. 37. – P. 2-19.

УДК 316.62

РЕЛИГИОЗНАЯ АДДИКЦИЯ

Н.Ф. Фесенко

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

Фонд «Сорос – Казахстан» (ФСК) представил итоги исследования на тему «Внутренняя миграция молодёжи в Казахстане: на примере г. Алматы», проведённого в 2012 году Центром анализа общественных проблем. Исследование проводилось по специальной методике, разработанной Центром анализа общественных проблем. В ходе исследования в г. Алматы были опрошены 1000 человек – внутренних мигрантов – в возрасте от 14 до 29 лет. Уровень доверия к институтам власти и гражданского

общества у молодых людей оказался невысок. 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, результаты проведённого исследования показали, что среди опрошенного контингента наблюдается высокое доверие именно к религиоз-

ным организациям, которые не всегда принадлежат к традиционным религиям. Результаты исследования также показали, что многие религиозные организации, чаще всего, имеют радикалистскую и экстремистскую направленность и принадлежность к деструктивным культурам [6].

Понимание содержания религиозной аддикции, чёткое определение которой фактически отсутствует, нуждается в необходимых пояснениях.

В качестве исходной базисной предпосылки следует, прежде всего, принимать во внимание, что каждому человеку присущее религиозное чувство, вне зависимости от того, определяет ли он себя верующим, атеистом илиagnosticом. Индивидуум, идентифицирующий себя как атеист, фактически отрицает лишь сформированные в его сознании образы Бога, которые считает ложными. Образы такого содержания могут расцениваться как фантастические и придуманные многими верующими людьми. В то же время на более глубоком неосознаваемом уровне, на уровне глубинной бессознательной системы разума «теоретический» атеист способен стремиться к познанию и к связи с истинным Богом, не осознавая этого [10].

Религиозная аддикция является одной из процессных аддикций и выражается в возникновении психологической зависимости по отношению к различным формальным правилам, ритуалам, последовательностям, действиям, специфичным для конфессиональной принадлежности при отрыве их исполнения в действиях и/или в воображении от внутреннего переживания и значения. Религиозное чувство – это ни концепция, ни черта характера или структура, а тип необычного, качественно отличающегося от других чувств всеохватывающего переживания, которое вызывает очень сильные не поддающиеся точному словесному описанию состояния, в том числе – благоговейный страх. Наделённость человека религиозным чувством придаёт ему ощущение смысла существования, необходимости реализации себя, своих потенциальных возможностей, генетически заложенных талантов. Таким образом, не религиозное чувство определяет сущность религиозной аддикции. В психологическом аспекте религиозное чувство также не определяет развитие религиозной аддикции, как инстинкт голода не определяет развитие пищевой аддикции или сексуальный инстинкт предопределяет развитие сексуальной аддикции [8, 9].

Религиозная аддикция формируется как процесс опасной и деструктивной вовлечённости в религию в её групповом или индивидуальном понимании, что позволяет такому пониманию религии, а не отношению с Богом, контролировать жизнь человека. Воспитание в дисфункциональной семье, отторжение и насилие в детстве, психические травмы, жизненные поражения, неудачи, несбывшиеся нереальные мечты об успехе усиливают опасность деструк-

тивной вовлечённости в религию, что может принять характер религиозной аддикции [14]. Религиозная аддикция способна стать настолько доминирующей в жизни, что семейные и другие межличностные отношения теряют свою значимость и привлекательность. Религиозная аддикция неизбежно нарушает отношения с Богом, уступая место ложным верованиям.

Религиозная аддикция имеет динамику в основных чертах характерную и для других аддикций. Степень вовлечённости в аддиктивные активности может быть различной, что зависит как от личностных особенностей аддикта, так и от средового влияния, от содержания межличностных контактов в ближайшем по убеждениям и интересам окружении [11]. Аддиктогенная среда избавляет аддикта от чувства ответственности в реальных жизненных ситуациях, снижает возможность преодоления трудностей, лишает самостоятельности в принятии решений. Религиозная аддикция может трансформироваться в религиозный фанатизм. Религиозный фанатик, идентифицирует себя с идеалами религиозной идеи, как он их представляет. Вера в правильность избранного пути носит абсолютный характер и не допускает никаких компромиссов. Религиозная убеждённость фанатика оказывается соединённой с идеей мессианства в форме чувства чрезвычайной возложенной Сыше ответственности за безукоризненное выполнении Миссии, что находит выражение как в содержании мышления, так и в восприятии всего происходящего вокруг, эмоциональном состоянии, отношении к другим [4].

Как и при любой аддикции, религиозная практика становится доминирующей по отношению к другим аспектам жизни. Любые отношения устанавливаются через религию, а зависимость от религиозной практики и её adeptов отодвигает личную потребность в Боге. Религия и те, кто её олицетворяют, получают всю полноту власти над аддиктом, который сам больше не связан с Богом.

П. Бут, П. Вандерхайден [15], Ц.П. Короленко [8, 9, 10], Н.В. Бондарев [4] и др. предлагают перечень симптомов религиозной аддикции, который можно свести к следующим симптомам:

- неспособность думать, сомневаться и задавать вопросы по поводу религиозной информации;
- чёрно-белое мышление;
- основанная на стыде вера;
- магическая убеждённость, что Бог все сделает для тебя без твоего серьёзного участия;
- ригидное навязчивое следование правилам и предписаниям;
- бескомпромиссные суждения: готовность всюду (особенно за пределами данной религиозной формации) находить недостатки и зло;
- компульсивные или навязчивые стремления к религиозным ритуалам;

- нереалистические финансовые пожертвования;
- конфликт и споры с наукой, медициной и образованием;
- прогрессирующий отказ от реальной работы, изоляция, разрыв прежних отношений;
- манипулирование цитатами или текстами, ощущение избранности, заявления о личных посланиях от Бога;
- трансоподобное состояние, счастливое (или супер одухотворённое) выражение лица;
- ощущение правоты и превосходство над всем остальным человечеством;
- разочарование, сомнения, психический, физический и эмоциональный кризис, боязнь призвать на помощь (из страха быть разоблаченным в «недуховности») [4].

Сопоставление представленных в литературе классификаций форм общения в различных группах людей позволяет увидеть, что, несмотря на различные названия, все авторы выделяют вертикаль, на которой располагаются эти уровни общения: от низшего к высшему уровню общения. Такие уровни, как примитивный, манипулятивный, стандартизованный (А.Б. Добривич) [4]; монологический, конформный, псевдодиалогический, манипулятивный (Г.А. Ковалев) [7]; авторитарный, манипулятивный, индифферентный, конформный (Л.С. Братченко) [7]; конфликтный, авторитарно-монологический, рефлексивно-манипулятивный, пассивно-индифферентный (С.А. Шеин) [5] относятся к низшему уровню общения. Н.Н. Телепова обозначает этот уровень общения как монологический [13].

Второй, высший уровень общения, оптимальность которого подчёркивают все авторы, нами обозначается как диалогический. К этому уровню общения мы относим: доверительно-диалогический (С.А. Шеин) [5], диалогический (В.В. Рыжов, Г.А. Ковалев, Л.С. Братченко) [7], духовный (А.Б. Добривич) [4] уровня.

Монологическое сообщество:

- создаёт иерархии, поддерживаемые силой или угрозой силы;
- вышестоящей группе принадлежит власть и право принятия решений, а нижестоящая группа бесправна;
- вышестоящая группа берёт на себя ответственность, риск, средства производства и распределяет награды, а нижестоящая обеспечивает поддержку вышестоящим, выполняет работу и получает минимальное вознаграждение;
- пользуется сравнительным способом мышления: «Ты или Я»;
- ценностями являются деструктивные действия, такие как эксплуатация и война против инакомыслящих (верbalная в том числе);
- пользуется жёсткими сексуальными ролями (дискредитация женщин).

- относится к различиям между людьми с осуждением (все должны быть однородны – в мышлении, внешности, мнении и т.д.);
- использует страх, чтобы добиться однородности;
- состоит из «винников» системы.

Диалогическое сообщество:

- a) создаёт иерархии, в которых люди связаны общими потребностями;
- б) принятие решений распределено по иерархии равномерно;
- в) риск, ответственность, капиталовложения, средства производства, награды, выполнение работы и поддержка распределены по иерархии равномерно;
- г) пользуется кооперативным способом мышления: «Я и Ты»;
- д) ценностями являются воспитательные качества, такие как сострадание и неприменение силы;
- е) пользуется гибкими сексуальными ролями (равноправие полов);
- ж) относится к различиям между людьми без осуждения (каждый имеет право на свою индивидуальность и мнение);
- з) использует надежду, чтобы добиться единства.
- и) состоит из личностей [4].

Монологическое (созависимое) общество, имеющее религиозную направленность, управляемое лидером с монологическим подходом к руководству.

С. Артерберн и Дж. Фелтон (1991) приводят правила, которыми руководствуется монологический лидер:

- 1) лидер всё контролирует;
- 2) когда возникают проблемы, лидер немедленно находит виновного и обличает его;
- 3) лидер не совершает ошибок;
- 4) лидер никогда не показывает реальность ситуации;
- 5) лидер никогда не демонстрирует своих чувств, если они не позитивны;
- 6) лидер не задаёт неприятных вопросов;
- 7) лидер ничего не делает вне своей роли;
- 8) лидер никому не доверяет;
- 9) для лидера главная цель – привлекать человеческие и финансовые ресурсы в свою организацию;
- 10) лидер любой ценой сохраняет имидж своей организации (даже в ущерб личностно-дуальному состоянию её членов) [1].

По мнению Ц.П. Короленко и Т.В. Дмитриевой (2013), религиозная зависимость от такого сообщества представляет большую опасность, чем пищевая зависимость или даже гембллинг, поскольку у религиозных аддиктов чаще возникают психические нарушения шизофеноформного характера. Неслучайно в психиатрии и психологии заговорили о новом виде патологии – культовой травме, под кото-

рой понимают комплекс воздействий, используемый в деструктивных культурах и направленный на изменение сознания индивида [9].

Многолетний опыт показывает, что успех в лечении и реабилитации химической аддикции достигается в тех случаях, когда больному удаётся реально «переключиться» на деятельность, которая обладает всеми признаками нехимической зависимости, но социально приемлема (секс, работа, любовь, спорт, религия). Клинический опыт показывает, что одна аддикция может достаточно легко переходить в другую. Если удалось заменить химическую зависимость на социально-приемлемую, то это рассматривается как несомненный успех. Но важно понимать, что неконтролируемое поведение в любом случае имеет деструктивное воздействие на личность человека [12]. Более 30 лет назад В. Глассер впервые выдвинул идею «позитивной аддикции» – поведение и деятельность человека, являющиеся созидающими. М.Дай в своих работах называет данное состояние «выздоровлением» – паттерны поведения, практикуя которые, человек растет и личностно, и духовно, укрепляясь в вере и возвращаясь от религиозной аддикции к личным отношениям с Богом [15].

Изучение работ Н.А. Бердяева [10], Б.С. Братуся [11], В.А. Пономаренко [4], В.В. Рыжова [7], Т.А. Флоренской [10], В.Франкла [16], В.Д. Шадрикова [4] и др. позволяет определить духовность в гражданском её понимании как способность человека различить и избрать для себя истинные нравственные ценности и в соответствии с ними строить свое поведение, общение и деятельность. Основными измерениями духовности являются свобода, ответственность, трансцендентность, осознание смысла жизни.

Взаимодействие в сообществе на принципах диалога и сотрудничества содержит в себе возможность соединения общения с взаимным развитием личностей, как лидера, так и всех членов сообщества, способствует личностному и интеллектуальному росту.

Основные психолого-педагогические характеристики лидера диалогического сообщества:

- отношение субъект – субъект (равноправие в диалоге, даже в условиях объективной субординации);
- признание самоценности друг друга (безусловное принятие личности);
- доминанта друг на друге (а не на собственном двойнике и собственных амбициях);
- безоценочное непредвзятое отношение (при возможном непринятии некоторых паттернов поведения);
- ориентация на «Здесь и теперь» (умение решать сегодняшние проблемы с учетом уроков прошлого и будущих перспектив);
- эмоциональная открытость (даже в эмоциональном тревожном состоянии не бояться

быть уязвимым, открывать свои переживания и высказывать собственное мнение) [3].

В диалогическом сообществе, находящемся под руководством диалогически направленной личности лидера, реализуется деятельность, являющаяся конструктивной, направленной на созидание личности и на духовный рост, что исключает возникновение нехимической (в т.ч. религиозной) аддикции на основе данной деятельности.

Характеристики конструктивной деятельности:

- 1) эта деятельность не отнимает у человека много времени, не смешает остальные приоритеты;
- 2) она может иметь возможность реализовываться в одиночестве, независимо от других людей;
- 3) данное поведение представляет собой определенную ценность для ума, здоровья и духовности;
- 4) такая деятельность при длительном существовании принесет определенное улучшение в жизни человека [2].

Данные анализа, проведённого по авторскому тесту-опроснику на выявление религиозной аддикции, показали интересные результаты.

Тестирование проводилось в два этапа. Первый этап включал в себя тест, составленный на основе тестирования на наличие нехимических аддикций Гриффита. На данном этапе ставилась цель выявить степень религиозной аддикции у опрашиваемых людей. Второй этапставил своей целью анализ сообщества, в которое включен данный человек.

Анализ проведенного тестирования

Данное тестирование проводилось среди верующих людей разных религиозных объединений. Было опрошено 126 человек. Из них отнесли себя к традиционным конфессиям 22 человека; отнесли себя к нетрадиционным конфессиям 84 человека; отметили свою принадлежность к религиозным организациям, которые традиционно расцениваются как созависимые сообщества (секты) 20 человек. Высокая вероятность религиозной аддикции была выявлена:

- у 8 человек (36,4%), принадлежащих к традиционным конфессиям;
- у 60 человек (71,4%), принадлежащих к нетрадиционным конфессиям;
- у 17 человек (85,0%), принадлежащих к созависимым сообществам.

Из числа верующих людей, у которых в ходе тестирования выявлена высокая степень религиозной аддикции, у 81 человека (95,3%) выявлена принадлежность к монологическому сообществу. Что же касается тех лиц, показавших малую степень религиозной аддикции, у 36 человек (87,8%) установлено

на принадлежность к диалогическому сообществу. Налицо прямая корреляция между степенью религиозной аддикции и принадлежностью к монологическому религиозному сообществу [13].

Утверждение, выдвинутое А.Ю. Егоровым (2007), что внутри любой конфессии могут быть сообщества с признаками тоталитарной секты, получило своё подтверждение в выше указанном пилотном исследовании [7].

Ещё один штрих по поводу проделанного пилотного исследования: из 126 опрошенных лиц 64 человека находились в состоянии ремиссии от химической зависимости (алкогольной и/или наркотической). Из них 60 человек (93,8%) показали высокую степень религиозной аддикции [13].

Список использованной литературы:

1. Артерберн С. и Фельтон Дж. *Вера разрушительная и вера помогающая.* – Теннесси. Канада, 1991. – С. 173.
2. Волков Е.Н. *Методы вербовки и контроля сознания в деструктивных культурах* // *Журнал практического психолога.* – Москва: Фолиум, 1996. – № 3. – С. 76.
3. Волков Е. Н. *Основные модели контроля сознания (реформирования мышления)* // *Журнал практического психолога.* – М.: Фолиум, 1996. – № 5. – С. 86.
4. *Деструктивные психотехники* / Под ред. И. Митрофановой. – СПб.: «Экслибрис», 2002. – 224 с.
5. Доценко Е.Л. *Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита.* – Москва, 1997. – 344 с.
6. Город Алматы притягателен для молодых мигрантов / Фонд Сорос Казахстан (12 февраля 2013 г.). – Режим доступа: www.zakon.kz/4540973-gorod-almaty-pritjagatelen-dlja.html
7. Егоров А.Ю. *Нехимические зависимости.* – СПб.: Речь, 2007. – 192 с.
8. Короленко Ц.П. *Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития* // *Обзор. психиат. и мед. психол.* – 1991. – № 1. – С. 8.
9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Аддикции в культуре отчуждения. Фрагментарная идентичность в зазеркалье постмодернизма.* – Новосибирск, 2013. – 433 с.
10. Короленко Ц.П. Донских Т.А. *Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире.* – Новосиб.: Наука, 1990. – 224 с.
11. Кривельская Н.В. *Секта: угроза и поиск защиты.* – Москва, 1999. – 95 с.
12. Менделевич В.Д. *Аддиктивное поведение, креативность и самоактуализация. Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе* / Сб. тезисов научной конференции с международным участием. – СПб., 2001. – С. 238.
13. *Религиозная аддикция как вид нехимической зависимости: психологические условия и факторы профилактики и процесса выздоровления (статья)* / к.пс.н. Телепова Н.Н., 12.11.2010. – Режим доступа: www.telepovs.ru/articles/?ELEMENT_ID=101
14. Романов А. В. *Психологические причины вовлечения в деструктивные религиозные культуры* // *Журнал практического психолога.* – М.: Фолиум, 2000. – № 1-2. – С. 35-39.
15. Сафонов А.Г. *Психология религии.* – Киев: Ника-центр, 2002. – 225 с.
16. Франкл В.Э. *Основы логотерапии. Психотерапия и религия.* – СПб.: Речь, 2000. – 285 с.

Следовательно, нельзя игнорировать тот факт, что религиозная зависимость стоит особняком среди других нехимических социально-приемлемых аддикций, которые берут на себя заместительную роль в процессе реабилитации. Признавая несомненную пользу реабилитационных программ для лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), которые проводят различные религиозные организации, в том числе не только традиционные, следует помнить о негативных, а иногда просто катастрофических последствиях. Поэтому столь важен психолого-педагогический процесс диалогизации сообществ, участвующих в реабилитации, а так же имеющих в своих рядах аддиктивных людей, чтобы вывести их из стадии заместительной аддикции на стадию выздоровления.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СТРАНАХ ЗАПАДА И ВОСТОКА: СТАТУС И ПРИТЯЗАНИЯ

А.Ф. Бондаренко

заведующий кафедрой психологии Киевского национального лингвистического университета, доктор психологических наук, г. Киев (Украина)

Введение

Психологическое консультирование как профессия обязано своим становлением событиям не только в сфере науки, но и социальному и культурному контексту. По мнению ряда исследователей, рост индустриализации, урбанизации и капитализма в Западной Европе и Америке, в сочетании со снижением акцента на религию и повышением внимания к науке, заложили основу для развития консультативной психологии [10].

На сегодняшний день, консультативная психология является одним из наиболее неоднозначных психологических направлений. Её объём и разноплановость приводят к затруднениям в определении, описании и понимании границ её компетенции. Именно этот факт обуславливает наличие некоторых проблем в анализируемой сфере.

Во-первых, при официальном утверждении консультативной психологии в англоязычных странах, серьёзные проблемы доставляла путаница относительно слова «counselling» (консультирование) и названием профессиональной специализации «counselling psychologist» (психолог-консультант). Дело в том, что в странах западного мира существует отдельная профессия «counsellor». Под данное название подпадает довольно широкий круг специалистов. Это и «Camp Counsellor» (вожатый в лагере), и «Social Welfare Counsellor» (социальный работник), и «Counsellor-at-law» (адвокат), и т.д. Существует так же относительно новая профессия «Guidance Counselor», которая едва ли имеет аналог в нашей стране, и подразумевает консультирование по вопросам профориентации.

Само же слово «counselling» толковый словарь Бебстера объясняет следующим образом: консультировать, давать советы относительно проблемы.

Таким образом, все вышеперечисленные профессии имеют много общего, что, в свою очередь, доставляет проблемы при их выделении в отдельную профессиональную отрасль, а это влечёт за собой необходимость исследовать поле профессиональной компетентности именно психологов-консультантов в сравнении с другими видами консультантов.

Во-вторых, отдельной, не менее существенной проблематикой, выступает проблематика соотношения консультативной и клинической психологии.

В-третьих, – вопрос о том, в какой степени социокультурный аспект страны имеет тенденцию влиять на становление, развитие и особенности функционирования системы психологического консультирования.

Рассмотрим, с учётом приведённого контекста, процесс становления, а также современное состояние консультативной психологии в англоязычных странах (США, Канаде, Австралии, Новой Зеландии и Великобритании), также на постсоветском пространстве.

Психологическое консультирование в США

Поскольку считается, что институт консультативной психологии своим появлением обязан Соединенным Штатам Америки, первым делом напомним основные вехи её развития и особенности функционирования на современном этапе именно в этой стране.

В исследованиях большинства авторов, период становления консультативной психологии в США затрагивает временной промежуток длиною в шесть десятилетий [6; 7]. При этом выделяют пять основных исторических предпосылок возникновения консультативной психологии в США:

1. Работа Фрэнка Парсонса «Выбор профессии» (1909 г.) и развитие профессионально-ориентированных услуг. В наши дни специалисты считают, что Ф. Парсонс положил начало не только профессиональному консультированию, но и психологическому консультированию в целом [7].
2. Движение «гигиены психического здоровья», основанное Клиффордом Бирсом (Clifford Beers) – бывшим пациентом психиатрической больницы, опубликовавшим после госпитализации в 1908 г. книгу «Разум, нашедший себя» («A Mind that found itself»).
3. Развитие психометрии и изучение индивидуальных различий.
4. Появление консультирования и психотерапии с немедицинским и не психоаналитическим подходом, а основанных на классических работах Карла Роджерса [7]. Собственно, считается, что идеи К. Роджерса и оформили стратегию психологического консультирова-

ния в США. Его идеи самоактуализации и ответственности за происходящее являются краеугольным камнем психологического консультирования и в наши дни.

5. *Социальное и экономическое развитие в США* во время и после Второй мировой войны [7].

Собственно, считается, что вышеперечисленные факторы и обеспечили становление психологической службы в США.

В дополнение к вышесказанному, добавим, что развитию психологического консультирования в значительной степени способствовала секуляризация американского общества [10]. Для немалой доли населения клерикальные потребности и услуги постепенно заменялись терапией, которая рассматривалась в качестве нового средства для определения жизненных ценностей или как средства заполнения экзистенциального вакуума, образовавшегося в условиях нового потребительского общества, также способа найти ответы на разного типа экзистенциальные вопросы.

В 1937 г. появилась Американская Ассоциация Практической психологии (The American Association of Applied Psychology «AAP»), которая включала в себя 4 секции: клиническую, консультативную, образовательную, производственную.

На первом месте была клиническая, а потом, как её именовали, «personnel psychology». Немногим позже, прилагательное «personnel» было заменено на «counseling».

В августе 1951 года в рамках Американской Психологической Ассоциации (APA) на Северо-западной конференции официально утвердилась профессиональная специализация «консультативная психология» (counseling psychology) и профессия «психолог – консультант» (counseling psychologist). Американская Психологическая Ассоциация изменила наименование секции «Консультирование и руководство» («Counseling and Guidance», которое использовалось также непсихологами) на «Консультативная психология» (Counseling Psychology) [7].

Кроме того, были конкретизированы роль и функции психолога – консультанта. Передавая в кратце содержание, можем сказать, что профессиональной целью психолога – консультанта провозглашалось содействие психологическому развитию личности. Сфера его работы включала учреждения бизнеса и промышленности, больницы, общественные организации, реабилитационные центры и т.д.

Важно отметить, что одной из главных причин выделения консультативной психологии в отдельную отрасль была необходимость отличать консультирование от клинической психологии, ориентированной на психотерапию и лечение психопатологий. Пользуясь одной теоретической базой, консультативную психологию как бы включали в поле клинической.

Исследователи указывают, что психологическое консультирование имеет долгую историю выделения себя в самостоятельную отрасль, укрепления статуса и отстаивания своей идентичности. И даже несмотря на это, в наши дни многие считают его производным от клинической психологии [6].

На сегодняшний день, психологическое консультирование в США охватывает широкий круг решаемых им проблем. На каждый конкретный круг проблем находится соответствующий специалист. В последнее время в США так же стала популярной специализация «life coach» (тренер по жизни), что по сути своей отображает содержание работы специалиста, занимающегося вопросами личностного роста, достижения целей и т.д.

Исследователи выделяют также ряд «слабых сторон» современной консультативной психологии в США. Прежде всего – это этноцентричность. Следует подчеркнуть интересный факт: американские университеты не стремятся получать, к примеру, европейские профессиональные журналы и, в равной степени, не стремятся публиковаться в них. Предполагаемой причиной есть их владение лишь английским языком, в то время, как их зарубежные коллеги считаются мультилингвами [6]. На первый взгляд, профессиональный этноцентризм психологов-консультантов в США не кажется проблемой. Но проблема видится, если учесть тот факт, что население США создано эмиграцией. Культурное разнообразие исторически было отличительной чертой Американского континента. При этом, не следует забывать, что процесс эмиграции продолжается до сих пор. Например, по данным переписи населения в 2001 году, в Северной Америке за период с 1990 по 2000 годы население азиатского, мексиканского и тихоокеанского островного происхождения возросло на 50%. Если взять, к примеру, отдельные штаты и города, то в Майами большинство населения представлено испаноязычными жителями, более 55% населения Детройта, Вашингтона и округа Колумбия составляют люди афроамериканского происхождения, а почти каждый третий житель Сан-Франциско – азиат. Таким образом, США видится как страна, в которой живут практически все народы мира, которые в ходе истории ассимилировались в одну американскую нацию. И хоть многолетняя история и спродуцировала образ «коренного американца», многие из них до сих пор являются носителями собственных культурных традиций и менталитета.

Далее, кроме традиционной помощи в адаптации иммигрантам, сугубо американской особенностью системы психологического консультирования выступает активная поддержка категории населения именуемой GLBTQ-movement: gay / lesbian / bisexual / transgendered / questioning (собирательный термин, охватывающий людей с нарушениями гендерной идентичности – гомосексуальностью, бисексуаль-

ностью и трансгендерностью). Дело в том, что в США, как известно, сравнительно большое число людей принадлежит к этой группе, как и довольно много социальных кампаний в их поддержку [6].

Таким образом, психологи-консультанты поддерживают воплощение идеи социального равенства и справедливости, тем самым, в какой-то степени, пропагандируя идею «нормальности» такого рода особенностей. Как отмечает современный российский психолог Сергей Степанов, активно выступающий с критикой популярной психологии, американцы своей толерантностью уже давно обесценили понятие нормы, и любая первверсия у них теперь считается лишь индивидуальной особенностью.

Тенденция американских специалистов «сглаживать» проблемы, относя их к разряду особенностей, наблюдается и в области психической патологии. Дело в том, что в США, ввиду политики равноправия, некорректным есть указывать на психическое расстройство, даже если оно в действительности имеет место быть. В связи с этим, вышеупомянутый автор иронично выразился: «...один из нас блондин, другой близорук, у третьего плоскостопие, у четвертого шизофрения» (кн. «Мифы и тупики поп-психологии»).

Среди задач, которые ставит себе на перспективу Американская Психологическая Ассоциация, одной из первоочередных является развитие международного сотрудничества [6]. Резолюция Американской Психологической Ассоциации гласит о том, что американская консультативная психология в ближайшее время должна интегрироваться во все международные учреждения, будь то бизнес-структуры, промышленность, образование или правительство. Но наряду с этим, как отмечает F. Leong и M. Leach, появится необходимость работать с людьми из разных культур, а, соответственно, с носителями различных мировоззрений, философских систем и ценностных ориентаций. А это в свою очередь порождает вопрос о том, насколько применимы американские консультативные теории в обществах, основанных на иных мировоззренческих принципах. Как уже упоминалось выше, американская консультативная психология критиковалась за её этноцентризм. В наше же время существует движение передовых психологов по всему миру, которые пытаются строить свою консультативную работу с учётом философских и религиозных основ, мировоззрения, ценностных ориентаций конкретной этнической группы. Насколько реальной есть задача построить универсальную консультативную парадигму пока остаётся вопросом. Впрочем, как и то, в какой степени всепоглощающая западная модель применима в работе с клиентами, принадлежащими к незападным культурам и наоборот [1; 2; 6].

Весьма иллюстративен пример, приведённый F. Leong and M. Leach, когда американские идеи о карьерном росте были восприняты и раскритикова-

ны в Южной Африке как бессмысленные и нереалистичные. И это объяснимо. Ведь теории, разработанные в Северной Америке являются производным от культуры Северной Америки, а если брать в пределах самой страны – это белый средний класс. В связи с этим, F. Leong и M. Leach указывают на необходимость дополнительных исследований относительно этого вопроса.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что современная система психологического консультирования в США построена исходя из актуальных социальных и политических идей и направлена на удовлетворение потребностей и запросов современного американского общества. Её способность идти в ногу со временем и отвечать на любые социальные запросы делает её незаменимой – с одной стороны и влечёт за собой ряд проблем, с другой.

Канада

Исследователи отмечают, что не стоит анализировать канадскую систему психологического консультирования автономно от США, так как исторически она вписывается в гораздо более широкий североамериканский контекст. Консультативная психология Канады, в своей сущности, отображает социокультурные, экономические и политические особенности, в одинаковой мере вовлав в себя как национальное своеобразие, так и более широкий контекст североамериканской профессиональной и академической психологии [16].

Консультативная психология в Канаде, выросла на пересечении двух профессиональных направлений: собственно консультирования и психологии. И, если сравнивать с Соединенными Штатами Америки, то эта взаимосвязь гораздо сильнее. Даже учебные программы психологов – консультантов произрастали от когда-то консультативных учебных программ. Фактически, то, что раньше называлось консультированием, сейчас стало называться психологическим консультированием. Ситуация прояснилась с появлением Подразделения Консультативной Психологии (The Counselling Psychology Section) в 1986 году в рамках Канадской Психологической Ассоциации (Canadian Psychological Association) что в свою очередь обеспечило признание консультативной психологии в качестве самостоятельной профессиональной отрасли.

Говоря об основной идее и методах работы, акцент делается на развитии здоровой личности и несёт в себе идею «способствования и совершенствования нормальному человеческому функционированию» [16].

Историческая связь психологического консультирования с профориентационной работой обусловила заимствование идей из теории черт личности. Ориентация на развитие связала консультативную психологию с аналогичным направлением в

психологии. Но, как указывают исследователи, в последнее время всё больший вес приобретает кросс-культурный аспект и холистический подход в консультировании. Эти особенности позволяют пройти чёткую границу между психологическим консультированием и теми сферами, которые ориентированы на работу с клиентами, страдающими психическими расстройствами.

Важно отметить, что довольно остро стоит вопрос учёта мультикультуральности в Канаде. Дело в том, что Канада является одной из самых этнически разнообразных стран в мире (в ней проживает 43 этнические группы) и официально двуязычной. Как следствие, учёные подчёркивают, что подход к консультированию обязательно должен учитывать эти реалии [16].

Данная проблема чётко поставлена в статье «Консультирование в мультикультуральном аспекте. Новый век» («Multicultural Counseling in the New Millennium») в Канадском Консультативном Журнале (Canadian Journal of Counseling). Автор говорит о том, что психологическая работа должна быть построена с учётом этнических особенностей клиентов. В прошедшем столетии подходы к консультированию были заимствованы без учёта вышеназванных особенностей, сейчас же важно их учесть. Вопрос в том, каким образом построить систему психологического консультирования и обеспечить подготовку специалистов, способных эффективно работать именно в мультикультуральной среде. Так же исследователь подчёркивает, что в условиях мультикультурализма каждая консультативная встреча сама по себе может характеризоваться как кросскультурное взаимодействие, что в свою очередь может быть причиной несовпадения мировоззрений клиента и консультанта. Основываясь на публикациях ряда исследователей, автор говорит, что в мультикультуральной среде психолог должен не только исследовать социальные и культурные основы поведения других, но также изучать особенности, которые повлияли на его собственное поведение, взгляды и убеждения. В современных условиях Канады нужно уходить от монокультурной реальности, принимая мировоззрение, которое базируется на учёте разнообразия межкультурных различий, систем верований, аксиологических принципов и т.д.

Таким образом, мультикультурализм и политика социальной справедливости оформила новые рамки консультативной психологии в Канаде.

Развитие и процветание психологического консультирования в Канаде обеспечивает факт социальных изменений и экономического роста в стране. Соответственно, отдельным индивидам, семьям, социальным группам и т.д. нужно адаптироваться в новых условиях в чём и предоставляют свою помощь психологи-консультанты. В новом модернизирующемся обществе всё же важными остаются вопросы семьи, духовности, ценностей и др. Кроме

того, по словам исследователей, за последние 20 лет жители Канады сменили свои ценностные ориентации согласно новым условиям [16]. Таким образом, по причине стремительных социальных изменений, консультативная психология выполняет важнейшую функцию помощи в нахождении связи между жизненным контекстом отдельной личности и социальным контекстом.

Как отмечают R. Young и G. Nicol, ссылаясь на своих коллег, консультативная психология в Канаде сфокусирована в большей степени на помощи, нежели на профилактике. Она берёт на себя важнейшую роль в охране здоровья нации, которое определяется как «способность людей приспосабливаться и реагировать... или умение контролировать жизненные проблемы и изменения» (“the capacity of people to adapt to, respond to, or control life's challenges and changes”) [16].

Как и в США, в основе консультативного алгоритма лежат идеи экзистенциально-гуманистического подхода. Следует отметить, что психоанализ не в почёте по причине высокой стоимости и значительных временных затрат.

На сегодняшний день, система психологического консультирования Канады ставит перед собой задачу стать доступной для всех слоёв населения. «Advancing Psychology for All» («Продвижение психологии для всех») – так звучит главная идея Канадской Психологической Ассоциации. Это реализуется путём предоставления консультационных услуг в телефонном режиме или в режиме он-лайн для людей из отдалённых районов в условиях отсутствия доступа к консультационным центрам.

Бесспорно, сильной стороной есть хорошо организованная система профессионального обучения, которое является довольно широко распространённым и популярным. По данным исследователей, более 30 университетов Канады предлагают магистерские программы обучения психологическому консультированию. Примечательно и то, что канадское образование в этой сфере признается так же Американской Психологической Ассоциацией (APA).

Австралия

Известный британский психолог и психотерапевт Р. Нельсон-Джонс (Nelson-Jones R.) писал о том, что со времён появления в Австралии первых светлокожих поселенцев, её история тесно переплетена с историей США и Великобритании. Последствием того, что Америка получила независимость, стало то, что Британия потребовалось учредить свою колонию в другом месте. И этим местом оказалась Австралия. Именно, таким образом, исторические события определили культурное развитие Австралии. Касается это, стало быть, и консультативной психологии. Что же конкретно было позаимствовано Австралией у вышеозначенных стран? По сло-

вам автора, на которого мы ссылались выше, вся система консультативной психологии пришла из США (что не удивительно), в то время, как система обучения консультативных психологов базируется на Британской модели (в особенности – Шотландской).

Психологическое консультирование в Австралии появилось двадцатью годами позже после того, как оно было официально признано в США и ставило себе задачей охватить все секторы населения, а также занималось вопросами взаимоотношений, профориентации, образовательными, социальными и неврологическими [4].

В 80-е годы 20 века Австралийское Психологическое Сообщество (Australian Psychological Society «APS») было относительно небольшим по своей численности и, как свидетельствуют наблюдения, практически ориентированным, ставящим себе в приоритет такие направления деятельности, как консультирование и психотерапию [4]. Исследователи отмечают, что к середине 80-х (как и в США) оно было максимально приближенным к психотерапии, нежели к образовательным или каким-либо иным функциям.

Факт того, что психологи-консультанты работали с широким спектром проблем – от простых психологических проблем, до расстройств личности или сложных патопсихологических расстройств – имел двоякие последствия. Во-первых, это характеризовало консультативную психологию Австралии сильной стороны, во-вторых, было сильнейшим источником проблем, связанных с её выделением в отдельную самостоятельную отрасль и установлении границ компетенции.

Итак, на сегодняшний день в Австралии психологическое консультирование является одной из 9 аккредитованных специализаций в рамках Австралийского Психологического Сообщества (Australian Psychological Society) (APS). Основными направлениями работы являются: психические расстройства; вопросы развития; перевентивные меры [4].

Несмотря на то, что психологи-консультанты, как правило, имеют дело с не самыми благополучными в психическом плане людьми, ставка всё же делается на внутренний потенциал личности, его собственные силы. Здесь говорится о стойкой философской позиции консультативной психологии, которая построена на идеях человеческого здоровья и внутренней силы, что в значительной степени перекликается с идеями экзистенциально-гуманистической психологии.

Отдельным вопросом и отличительной чертой австралийской системы психологического консультирования является область её работы. В отечественной психологии принято считать, что в компетенции психолога-консультанта находится работа лишь с психически здоровыми личностями. Психические же расстройства изучает наука психиатрия уже через призму методологии медицины. Если же такой клиент попадает на консультацию к психологу, то

его задачей является распознать и перенаправить к специалисту-психиатру.

В системе же австралийской консультативной психологии дела обстоят иначе. Как отмечает Грант (Grant G.), изначально психологическое консультирование было предназначено для «нормальных» людей, но в последнее десятилетие ситуация кардинально изменилась. Так, исследование, проведённое на севере Австралии, показало, что чаще всего, психологи-консультанты работают со следующим контингентом клиентов: аффективные расстройства (84%), тревога (91%), проблемы, связанные с сексуальным насилием (62%), расстройства личности (50%). Рядом с тем, отмечается, что менее часто, но всё же, приходится работать с психотическими расстройствами (82%), расстройствами питания (89%), расстройствами познавательной сферы, такими как деменция и делирий [4].

Таким образом, на сегодняшний день мы видим, что было бы ошибочным полагать, что специалисты-консультанты имеют дело лишь с контингентом психически здоровых клиентов.

В данное время психологическая служба Австралийского континента захватывает всё более широкий круг вопросов. Традиционно, к психологу-консультанту обращаются в ситуациях жизненных кризисов, при психотравмах, депрессиях, при переживании горя, при проблемах во взаимоотношениях и т.д. Но вместе с тем, в последнее время, как подчёркивают исследователи, всё более частыми стали запросы на помочь в адаптации к новым условиям, содействие успеху и благополучию (так называемый коучинг успеха), развитие навыков воспитания, обогащение отношений и т.д.

Кроме того, большие предприятия выражают всё большую заинтересованность в том, чтобы содержать в штате психолога-консультанта, который будет заниматься вопросами планирования карьеры, развития персонала на предприятиях, регулированием взаимоотношений внутри коллектива, а также консультациями по личным вопросам. Но, по правде говоря, такая заинтересованность и забота в значительно большей степени ориентирована на благополучие предприятия в целом, на результат его работы, нежели на психологическое благополучие каждого отдельного его работника [9].

Согласно результатам последних исследований, почти половина населения Австралии (взрослые) были на консультации у психолога, три четверти никогда не были, но рассматривают это как возможное, а вот люди пожилого возраста сомневаются в возможности своего обращения к данному виду специалистов [9].

Среди проблем, которые существуют в консультативной психологии на сегодняшний день, R. Pryor и J. Bright отмечают неравенство возможностей доступа к помощи психолога-консультанта у людей, которые проживают за пределами крупных городов

в малонаселенных пунктах с недостаточно развитой инфраструктурой.

Вопрос соотношения урбанизированных городов и сельской местности является для австралийского общества проблемным на протяжении уже довольно длительного периода. Предоставление социальных услуг на государственном уровне (в том числе и услуг психолога) за пределами городов является проблематичным ввиду соотношения экономических затрат и неоправданно низкой заселённостью сельской местности. Как следствие, в качестве общей тенденции по всей стране наблюдается неоправданно высокий рост частных консультативных агентств. Как отмечают исследователи, это влечёт два вида последствий.

Во-первых, это доступность консультативных услуг для всех желающих, касательно практически любых видов проблем.

Во-вторых, это возможный рост количества парапрофессионалов, выдающих себя за психологов-консультантов и специализирующихся только на определённом, и часто довольно узком, круге проблем.

Но этому есть объяснение в виду того, что в Австралии недостаточно сертифицированных программ по обучению данного рода специалистов [9].

Это тоже имеет свои основания. Например, выше уже упоминаемый вопрос об употреблении слова «counseling» в значении психологической помощи. Дело в том, что в Австралии «counseling», в значении «консультирование», употребляется и в медицинской психологии, и в психологии спорта, и в педагогической и других отраслях. Таким образом, трудно определить по каким параметрам она отличается от других смежных областей, а это делает рамки ее компетенции довольно размытыми. По этой причине университеты предпочитают не предлагать потенциальному студентам обучение в данной отрасли, предпочитая более конкретные, например, клиническую психологию.

Далее, если образовательные учреждения не в силах привлечь перспективных студентов на данную специальность, то вполне возможно, что в перспективе функции психологов-консультантов будут переданы другим специалистам [9].

Кроме того, использование термина «консультант» («counselor») не регламентируется законом, в отличие от слова «психолог». В результате, существует угроза того, что специалисты без соответствующей профессиональной подготовки могут выдавать себя за квалифицированных психологов-консультантов. Следовательно, информирование общественности о профессиональных стандартах и соответствующая подготовка тех, кто предлагает услуги психолога-консультанта, является одной из первоочередных задач Австралийского Психологического Сообщества.

Также исследователи говорят, что одной из проблем является стоимость услуг. Дело в том, что ме-

нее квалифицированные специалисты предлагают свои услуги по меньшей цене, но и качество оставляет желать лучшего, по словам исследователей, такие услуги отличаются поверхностностью, несмотря на эффектную рекламу и обещания, а это, в конечном итоге, значительно понижает авторитет данной профессии.

Также, угрозой видится чрезмерное использование сети Internet. Практика предоставления консультативных услуг он-лайн является довольно распространённой в Австралии, что несёт в себе угрозу чрезмерного использования Интернет-ресурсов и употребления их в качестве замены настоящего консультирования, а не дополнения к нему. Широкое распространение тестирования и консультирования по электронной почте в вопросах, которые требуют реального контакта психотерапевта и клиента, несут в себе опасность того, что проблема останется неразрешённой, а репутация психологической помощи как профессии запятнанной.

Таким образом, из исторической справки можем увидеть, что консультативная психология, как специальная профессиональная область появилась в Австралии более 30 лет назад. Психологи-консультанты были сфокусированы, главным образом, на психотерапии. Это было обусловлено двумя фактами: во-первых, аналогичной ситуацией в США; во-вторых, тенденцией австралийцев обращаться к психологу в случае серьёзных комплексных проблем и никак не по поводу личностного роста или ещё чего-либо. Грант (Grant J.), цитируя своего коллегу, отмечает, что этот факт во многом отображает черты австралийской культуры, где люди более склонны решать острые насущные проблемы, нежели заниматься саморазвитием и профилактикой возможных неурядиц [4].

В данное время, консультативная психология австралийского континента является востребованной профессиональной сферой. Существует значительный спрос на услуги ввиду значительного социального и экономического развития страны. Но с другой стороны, существует также потребность в квалифицированных специалистах, а также в усовершенствовании организации профессиональной подготовки.

Консультативная психология в Австралии фокусируется на широком спектре проблем, в том числе и тех, которые выходят за рамки компетентности психологов-консультантов в нашем понимании, т.е. проблем из области психопатологии. Это и является отличительной чертой системы психологического консультирования в Австралии.

Новая Зеландия

История становления консультативной психологии в Новой Зеландии во многом перекликается с другими англоязычными странами. Её становление

было отмечено серьёзной путаницей и неопределённостью по отношению к другим областям прикладной психологии: клинической, педагогической, психотерапии.

Созданию Подразделения Консультативной Психологии предшествовало недовольство традиционной клинической психологией, которая была основной отраслью практической психологии. Ещё в далекие 70-е специалисты критиковали эту отрасль за ригидность и неспособность принять новые методы, с учётом грядущих перспектив [8].

Проблемами также считалось то, что практически вся консультативная психология в Новой Зеландии была представлена частной практикой, а также характеризовалась недоступностью такого рода услуг для широких масс ввиду немалой стоимости.

С 1985 года и по сей день Подразделение Консультативной Психологии (Division of Counselling Psychology) официально функционирует в рамках Новозеландского Психологического Сообщества (New Zealand Psychological Society) (NZPsS) (НПС). Со времени основания её численность составляла 32 специалиста. Это были те, кто называл себя именно психологами-консультантами и стремились дифференцироваться от клинических психологов, психиатров и т.д. психотерапевтов.

Но время повлекло за собой значительные изменения – возросло разнообразие сфер, нуждающихся в психологах-консультантах. Поэтому, на сегодняшний день специалисты по психологическому консультированию работают в сфере образования, здравоохранения, юстиции, социального обеспечения государственных органов, социального обслуживания, а так же в качестве частных психологов. Их работа чётко регулируется членством в НПС (NZPsS), всеобъемлющим этическим кодексом и строгим надзором со стороны Ассоциации [12].

В своей работе современные службы психологического консультирования делает акцент на: психическом развитии здоровой личности, а не тех личностях, которые страдают психологическими нарушениями, на способствовании повышению психологического благополучия клиентов, приоритетности профилактики перед лечением и т.д.

Согласно информации, предоставленной официальным сайтом Новозеландского Психологического Сообщества (New Zealand Psychological Society), основными задачами на сегодняшний есть обеспечение доступности услуг психологического консультирования и подготовка квалифицированных специалистов [12].

Кроме вышеизложенного, некоторые исследователи говорят о необходимости найти способы консультировать в уникальном культурном контексте [15]. Дело в том, что историки видят Новую Зеландию как общество, разделённое на две социокультурные группы:aborигены, т.е. коренной народ Новой Зеландии до прибытия европейцев, и жители

Новой Зеландии европейского происхождения (ирландцы, голландцы, скандинавы, немцы, югославы и др.). Назывались они Маори (Maori) и Пакеха (Pakeha). Маори (в переводе с языка маори) означало «правильные», а происхождение второго названия неизвестно, однако, по словам исследователей, в языке маори оно первоначально употреблялось как оскорбительное.

Возвращаясь к теме, очевидно, что психологическая служба Новой Зеландии базируется на доминирующей культуре пришельцев, то есть европейской культуре. В связи с этим, исследователи поднимают вопрос о необходимости создания «бикультурной» (bicultural), психологической службы, путём приобщения специалистов к культуре аборигенов. Второй путь – это обучение представителей коренного населения для оказания квалифицированной психологической помощи [5; 13].

Как видим, несмотря на то, что с течением времени, всё население Новой Зеландии ассимилировало в якобы единую «новозеландскую» нацию, исследователи всё ещё продолжают видеть культурные различия между «аборигенами» и «завоевателями». Эти различия ставят современной психологии задачу построить такую модель психологического консультирования, которая будет вписываться в социокультурный контекст обеих групп.

Становление института психологического консультирования в Великобритании

Следует отметить, что консультативная психология в Великобритании появилась сравнительно недавно. В 1994 году Британское Психологическое Сообщество (British Psychological Society) инициировало появление Подразделения консультативной психологии (The Division of Counselling Psychology), что ознаменовало официальное утверждение психологического консультирования как профессии [11].

Британское Психологическое Сообщество определило психологическое консультирование как «применение психологических знаний в консультировании» [4].

Другой, не менее важной, организацией является Британская Ассоциация Консультирования (British Association for Counselling), которая была основана в 70-е годы XX столетия, а в 2000 году сменила своё название на Британскую Ассоциацию Консультирования и Психотерапии (British Association for Counselling and Psychotherapy) (BACP). Это стало доказательной базой того, что психологическое консультирование отделилось от консультирования в каких-либо других сферах, а имеет много общего с психотерапией.

Современное психологическое консультирование в Великобритании восходит к истокам экзистенциально-гуманистической парадигмы. В информации, предоставленной официальным сайтом, можем

прочесть: «...психологи-консультанты имеют тенденцию видеть уникальность и сложность каждого индивида» («...Counselling Psychologists tend to see is the uniqueness and complexity of each individual...») или же «Мы видим, прежде всего, людей, не проблемы, не отдельные случаи, не пациентов, а людей. ... В конце концов, это не страдание или расстройство, это люди, которые борются...» («...so we meet people. Not problems, not cases, not patients, we relate with people.... In the end it's not the suffering or dysfunction that we meet, it's the people who are struggling») [11].

Эта выдержка из текста-обращения, представленного на официальном сайте Подразделения Психологического Консультирования Британского Психологического Сообщества, позволяет чётко уяснить приверженность Британской консультативной школы именно к гуманистическому подходу.

На сегодняшний день, профессия психолога-консультанта в Великобритании насчитывает значительно меньшее количество представителей, чем в других странах. Психологи-консультанты довольно активно предлагают свои услуги на просторах сети Интернет в вопросах семейного консультирования, личностного роста, кризисной интервенции и т.д. Но в то же время наблюдается недостаточное количество научных разработок, которые позволили бы судить об уровне развития анализируемой нами сферы, её особенностях, сильных и слабых сторонах.

Ввиду недостатка данных, представленных фундаментальными исследованиями в вопросах психологического консультирования Великобритании, можно предположить, что данная тема является не разработанной по причине лишь недавнего появления института консультативной психологии в Великобритании.

Постсоветские страны

Нынешний этап развития теории и практики психологической помощи в республиках бывшего Советского Союза представляет собой настолько стремительно и разнопланово развивающееся психологическое пространство, что поневоле приходится констатировать: легче дать краткое описание новейшей истории развития психологической помощи, чем обобщить и отрефлексировать все возникающие направления и течения, школы и школки психологической практики.

Тем не менее, мы считаем возможным, отметить, как нам представляется, характерные черты современных отечественных подходов к психологической помощи, основываясь на отрефлексированном и систематизированном концептуальном аппарате и опыте психологии и психотерапии XX века. Таких черт-тенденций несколько. Причём они развиваются как в содержательных (предметных), так и в методологических и психотехнических аспектах.

Во-первых, следует отметить несомненный факт возобновления, восстановления и становления на отечественной почве как прерванных, так и не существовавших традиций, соответствующих основным психотерапевтическим парадигмам (психодинамический подход, гуманистическое направление, трансперсональная психология и т.п.), хотя и несущих на себе выраженные черты эпигонства, но осуществляющихся в корректном научном и культурном обрамлении.

Во-вторых, развитие – по большей части на американализированной основе или же на классической, павловской [8], – наиболее близких и привычных нам традиций поведенческой психотерапии и её когнитивно-ориентированных ответвлений («нейролингвистическое программирование», эриксоновский гипноз, «кодирование» по методу А. Довженко и т.п.).

В-третьих, восстановление отечественных подходов к психологической помощи человеку, сформировавшихся на основе духовных традиций русского православия и классической русской философии.

В-четвертых, отчётливо проявляющаяся тенденция к собственно научной рефлексии, как теории, так и практики оказания психологической помощи. Это тенденция, идущая от традиционно мощной гносеологической традиции в советской философии и основанная на концептуальном аппарате и методологии современной науки.

Кроме того, устойчивую, не прерывавшуюся в течение всех десятилетий государственного социализма, традицию оказания психологической помощи в русле медицинского психотерапевтического вспомоществования продолжают известные врачи-психиатры и психотерапевты.

К этому следует добавить хорошо известный факт интенсификации профессиональной подготовки школьных психологов, а также так называемых практических психологов, ориентированных на оказание психологических услуг учреждениям народного образования, семье, предназначенных для работы в социально-психологических бюро и службах занятости, на предприятиях и т.п. Не будет преувеличением отметить, что за последнее десятилетие в республиках СНГ, по существу, появился весьма многочисленный, пусть и не вполне квалифицированный, но явно профессионально мотивированный слой специалистов, заинтересованных в оказании психологических услуг: от психодиагностики школьников до управленческого консультирования директоров фирм и предприятий.

Каковы же преобладающие подходы и установки в профессиональной деятельности отечественных практикующих психологов, как они отражены в новейших публикациях?

На основе анализа публикаций последних лет представляется возможным сформировать основные принципы работы психолога-практика:

-
1. Принцип активности личности.
 2. Принцип ответственности личности.
 3. Принцип трактовки психологической проблематики как психотехнической по предмету и методу.
 4. Принцип диалогического характера психотерапевтического взаимодействия.
 5. Принцип системности в деятельности психолога-консультанта.
 6. Принцип выделения в проблематике клиента специфики психологической проблематики.
 7. Принцип обратной связи.
 8. Принцип деятельного опосредования психологических и социально-психологических образований.
 9. Принцип символической материализации социально-психологических феноменов.
 10. Принцип органического единства интеллектуальных и эмоциональных аспектов психики.
 11. Активизация гуманистических ценностей.
 12. Принцип принятия или особого соответствующего эмоционального отношения консультанта к клиенту.

Очевидна их взаимосвязь и соотнесенность как с зарубежными, так и с отечественными, русскими и советскими, традициями. Помимо прочего, сама психологическая практика как самостоятельная сфера человеческой деятельности направлена не на «обслуживание», как всегда бывало и часто бывает, других практик и дисциплин (педагогики, медицины, спорта и т.п.), а на собственную психотехнику, на собственную философию, методологию и конкретно-практическое содержание деятельности психолога, занятого в сфере именно психологической помощи. Этими особенностями психологической практики объясняются напряжённые и плодотворные усилия ведущих отечественных теоретиков психологической практики выработать методологическое теоретическое и психологическое самосознание практикующих психологов как представителей сущностно-психотехнической дисциплины (Василюк Ф.Е., 1992). Попытки целостного осмыслиения места и специфики деятельности психолога-консультанта, психолога-психотерапевта в контексте современной постклассической науки (Бондаренко А.Ф., 1991, с. 116), которая отделяет её от служения священника, духовника, но не разделяет роковым образом, наоборот, обязывая психолога чутко и вдумчиво отзываться не только на душевые, но и на духовные проблемы клиента, чувствуя и понимая, когда существование прикосновения к трепетной и страждущей, единственной и конечной другой жизни превышает возможности его личностного и профессионального потенциала и требует иного, в частности, сакрального, религиозного вспомоществования (Филипповская О.В., 1992).

Всё это порождает напряжённые поиски, стремление не только к формированию и оформлению профессиональных сообществ, но и к внесению и

развитию, культивированию в социуме новых структур общественного сознания, в которых бы отражалась, фиксировалась и откристаллизовывалась бы фигура психолога-психотерапевта как во многом незаменимая фигура профессионала в динамично, если не катастрофично развивающемся обществе [9].

Суть же проблем, связанных с современным состоянием теории и практики психологической помощи самым непосредственным образом связана, как нам представляется, со всеми привходящими и вытекающими из специфики нынешнего состояния постсоветского общества особенностями: его криминализацией, отсутствием ясных ценностных ориентиров, нарастающим обнищанием населения, реальными и искусственными социально-политическими конфликтами и границами, распадом прежних основ существования общества и семьи, разрушением устоявшейся системы воспитания школьников, подрывом системы образования и самих основ существования науки в целом и т.д. и т.п.

Существует явная опасность, проявляющаяся всё более и более зrimо. Опасность, что психологическая помощь в условиях развивающихся стран, к статусу которых неудержимо скатываются некоторые бывшие советские республики, в реальности сможет существовать в двух своих психологических видах: в форме социальной помощи (пособие по безработице, выделение продуктового пайка по праздникам или однократного денежного пособия в связи с исключительными обстоятельствами, помощи правоохранительных органов и т.п.) и в форме традиционной медицинской помощи (психиатрической, наркологической и психотерапевтической в стационарах и амбулаторно), не говоря, естественно, о таких её суррогатах, как «экстрасенсорное целительство», «колдовство» и т.п. Причина опасности в том, что резко сокращается прослойка лиц, достаточно образованных и, главное, обеспеченных и культурно, и материально, что формировало бы пространство, личностное пространство собственно психологической проблематики. Совершенно очевидно, что голодный человек, человек, лишившийся работы или вынужденный получать заработную плату значительно ниже прожиточного минимума, страдает далеко не в первую очередь от проблем психологических, но от социальной ситуации как таковой.

Именно поэтому мы предпочитаем делать акцент на социальных аспектах психологической помощи личности, говорить о социальной психотерапии личности, подразумевая включение в предмет деятельности не только личности клиента или травматизирующей микроситуации, но социальной ситуации в целом. Это предполагает тесное взаимодействие психолога с местными органами самоуправления, администрацией предприятия, лечебными учреждениями, т.е. официально регламентированный и тщательно продуманный *социальный статус* самого психолога или социального работника.

Следующая проблема, или опасность, состоит в том, что теория и практика психологической помощи в нынешних условиях может превратиться в своеобразную интеллектуальную игру для тех психологов и их клиентов, которые, сумев создать в разлагаемемся социуме свой собственный микромир наподобие героев «Декамерона» Д. Боккаччо, будут устраивать интересные и занимательные посиделки: workshop'ы, семинары, тренинги с приглашением известных заморских специалистов, с непременными взносами для участников в твёрдой валюте, с культивированием атмосферы избранности и служения «чистой психотерапии» и т.п.

Наконец, назовём третью проблему, или опасность, которую со свойственной ему образностью и яркостью сформулировал один из ведущих наших психологов-психотерапевтов Ф.Е. Василюк: «Тот, кого всерьёз волнует судьба нашей психологии, должен осознавать вполне реальную опасность вырождения её в третьяразрядную дряхлую и беспомощную науку, по инерции тлеющую за академическими стенами и бессильно наблюдающую за бурным и бесцеремонным ростом примитивной, а то и откровенно бесовской, массовой поп-психологии, профанирующей какие-то достойные направления зарубежной психологии, которые ею слепо копируются, так и psychology, вообще, игнорирующей национальные и духовные особенности среды распространения» (Василюк Ф.Е., 1992, с. 31).

Выходы

Психологическое консультирование в наши дни является активно развивающейся профессиональной областью получающей официальное признание все в большем количестве стран. Так, например, в США оно официально утвердились в 1951 году, в Канаде – в 1986, в Австралии – в 1980-е, в Новой Зеландии – в 1985 г., а вот в Великобритании – только в 1994 году.

Стремительные социальные изменения в странах западного мира в значительной степени способствовали становлению и развитию консультативной психологии.

Клинические психологи, которые раньше были своего рода монополистами в сфере предоставления психологических услуг, с появлением института психологического консультирования, фактически должны были конкурировать с растущим количеством психологов-консультантов. Психологи-консультанты ставили альтернативой своим предшественникам, ввиду того, что их компетенция охватывала широкий круг вопросов, которые отвечали социальным запросам (вопросы личностного и карьерного роста, семейные отношения, вопросы адаптации, кризисная интервенция и т.д.), а услуги были более доступными.

Но исследователи видят последствия этого явления двояко. С одной стороны, положительным явля-

ется то, что доступ к психологической помощи заполучили все, кто в ней нуждался. Но с другой, вытеснение медицинскую психологию и психиатрию, психологическое консультирование взяло на себя ряд вопросов, которые лежат далеко за пределами его компетенции. А тотальная гуманизация, психологизация, размытие границ понятий «норма» и «патология» никак не могли способствовать моральному благополучию отдельных индивидов и общества в целом.

К тому же, 1990-е гг. ознаменовались появлением в западном мире большого количества частных психологов-консультантов, специализирующихся на узком круге вопросов. Ввиду того, что качество услуг такого рода подчас было не самым лучшим, появилась угроза пошатнувшейся репутации психологического консультирования как профессии.

Таким образом, на пути отстаивания собственной идентичности и выделения в самостоятельную профессиональную область, психологическое консультирование прошло сквозь ряд проблем, главной из которых была дифференциация от смежных профессиональных направлений, таких как общее консультирование и медицинская психология. Статус психологического консультирования в некоторых странах и в наши дни является весьма сомнительным по причине невозможности установить четкие рамки профессиональной компетенции, а также в силу тенденции к искусственной панпсихологизации.

Подводя итоги, можно сказать, что безусловно сильными сторонами психологического консультирования в современном англоязычном мире является доступность широкому кругу клиентов и способность соответствовать запросам современного общества.

Среди проблем, которые очерчивают задачи на перспективу, исследователи указывают то, что вся консультативная психология на сегодняшний день ориентирована на средний и высший класс западного мира. В связи с этим учёные отмечают, что практику консультирования правильно было бы связывать с социокультурным аспектом каждого конкретного общества, будь то Канада, Новая Зеландия Россия, Казахстан или Украина, ибо универсальные методы здесь неприменимы, как и неприемлемым является анализ чужой культуры через призму собственных этических убеждений.

Из этого выплывает задача расширяться за пределы, ориентированные на западноамериканское общество и становиться более ближе к проблемам и особенностям конкретных обществ и культур.

Список использованной литературы:

1. Бондаренко А.Ф. Культура языка в психотерапии и язык психотерапии в культуре. – текст доклада на 1-ом Всемирном конгрессе русскоязычных психотерапевтов «Языки и психотерапии» – Москва, 8 – 10 октября 2010 г.

-
-
2. Arthur N., Stewart J. *Multicultural Counselling in the New Millennium: Introduction to the Special Theme Issue*. Canadian Journal of Counseling // Revue canadienne de counseling. – 2001. Vol. 35, № 1, P. 3–14.
3. Filippopoulos P. *Counselling Psychology training in the United Kingdom for Greek students who completed their undergraduate training in Greece: themes when comparing the two different organisational settings* // European Journal of Counselling Psychology. – 2009. Vol. 1, № 2, P. 3–15.
4. Grant J., Mullings B., Denham G. *Counselling Psychology in Australia: Past, Present and Future. Part One* // The Australian Journal of Counseling Psychology – 2008. Vol. 9, № 2, P. 3–14.
5. Hirini P. *Counselling Maori Clients* // New Zealand Journal of Psychology – 1997. Vol. 26, № 2, December.
6. Leong Frederick T.L., Leach Mark M. *Internationalising Counseling Psychology in the United States: A SWOT Analysis* // Applied Psychology: An International Review – 2007. Vol. 56, № 1, P. 165–181.
7. Munley P.H., Duncan L.E., McDonnell K.A., Sauer E.M. *Counseling psychology in the United States of America* // Counselling Psychology Quarterly – 2004. Vol. 17, № 3, P. 247–271.
8. Manthei B. *Counselling Psychology in New Zealand* // Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association (99th, SanFrancisco) – 1991. August. P. 34.
9. Pryor Robert G.L., Bright Jim E.H. *The Current State and Future Direction of Counseling Psychology in Australia* // Applied Psychology: An International Review – 2007. Vol. 56, № 3, P. 7–19.
10. Stephany Kathleen B // *Counselling Psychology: Historical Underpinnings* – <http://psybernetika.ca/issues/2000/summer/stephany.htm>.
11. *The Division of Counselling Psychology* // The British Psychological Society – http://dcop.bps.org.uk/home/history/history_home.cfm
12. *The New Zealand Psychological Society's Briefing For The Minister of Health and the Associate Minister of Health* – http://www.psychology.org.nz/cms_show_download.php?id=196
13. Thomas D.R. *What are Bicultural Psychological Services?* // Bulletin of the New Zealand Psychological Society – 1993, Vol. 76, P. 31–33, 39.
14. Tyson Ph. *From the Meaning of Madness to the Madness of Meaning: A History of Ideas in Counselling and Psychotherapy* – <http://www.philtynson.com/meaning-of-madness-madness-of-meaning.html>
15. Wihak Ch., Price Regina E. *Counselling across Cultures: Working with Aboriginal Clients* // NATCON Papers. – 2006. – P.14. - http://natcon.org/archive/natcon/nav_e6bba.html?s=main&p=natcon_papers
16. Young Richard A. *Counselling Psychology in Canada: Advancing Psychology for All* // Applied Psychology: An International Review. – 2007, Vol. 56, № 1, P. 20–32.

ПРОБЛЕМА СТРУКТУРИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ: МЕХАНИЗМЫ ВРЕМЕННОЙ ДЕЗАКТАУЛИЗАЦИИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ¹ Сообщение 3

Ф.Б. Плоткин

Минский городской наркологический диспансер, г. Минск (Республика Беларусь)

*Способность умно наполнять свободное время
есть высшая ступень личной культуры.*

Бертран Рассел

Variam semper dant otia mentem (Праздность порождает в душе неуверенность) (лат.)
Лукан (цит. по [48, с. 36])

Что же происходит, когда попытки структурировать время любыми путями не приводят к успеху? Наступает состояние, именуемое скучой. Из толкового словаря Д.Н.Ушакова: «Скука – томление, тягостное душевное состояние от безделья, отсутствия занятий или от отсутствия интереса к окружающим»

[5, с. 1002]. Согласно определению В.И. Даля, «Скука – тягостное чувство, от косного, праздного, недеятельного состояния души, томление бездействия» [27, с. 212].² «Известная под несколькими псевдонимами – тоска, томление, безразличие, хандра, сплин, тягомотина, апатия, подавленность, вялость, сонливость»

¹ Первое сообщение опубликовано в журнале «Вопросы ментальной медицины и экологии», том XIX, № 1.

Второе сообщение опубликовано в журнале «Вопросы ментальной медицины и экологии», том XIX, № 2.

² В.И. Даляр приводит русскую пословицу: «Скучен день до вечера, коли делать нечего» [26, с. 500] и соответствующие рекомендации: «Не сиди, сложи руки, так не будет и скучи!» [26, с. 512].

вость, опустошенность, уныние и т.д., скука – сложное явление и, в общем и целом, продукт повторения», отмечал И. Бродский [8]. Интересным в плане рассматриваемой проблемы представляется нам следующее высказывание А. Шопенгауэра: «Как только нужда и страдания дают человеку отдых, тотчас же приближается скука, так что он непременно должен как-то «проводить время». То, что занимает всех живущих и поддерживает их в движении, – это стремление к бытию. Но с бытием, когда оно обеспечено им, они не знают, что делать: вот почему второе, что приводит их в движение, это стремление освободиться от бремени бытия, сделать его нечувствительным, «убить время», т.е. избегнуть скуки» [101, с. 299–300]. С.С. Корсаков отмечал, что одно из самых сильных побуждений человеческой природы составляет побуждение к деятельности, к знанию» и «бесцельное времяпровождение ведет к отуплению (цит. по [30]). «Делать можно во всевозможных условиях, – утверждает Н. Рерих. – Нет таких условий в жизни, которые обрекали бы человека на неделание. Примеры тому можно найти даже в тюремной жизни, когда заключенные, казалось бы, лишённые всякой свободы, не только писали в заключении прекрасные книги, но изощряли себя во многих усовершенствованиях» [63, с. 152]. «Не каждый, – заметил А. Шопенгауэр, – сидя в жалкой тюрьме, как Сервантес, будет писать «Дон Кихота» [100, с. 18]. А вот наблюдение поэта И. Губермана, имевшего собственный тюремный опыт:

Здесь ни труда, ни алкоголя,
а большинству беда втройне –
ещё и каторжная доля
побыть с собой наедине [24, с. 37].

«Строгая филадельфийская пенитенциарная система, – заметил А. Шопенгауэр, – обращает в наказание просто скуку посредством одиночества и бездействия, и это наказание до того страшно, что оно уже доводило узников до самоубийства» [101, с. 300]. А вот что пишет Ф.М. Достоевский в «Записках из мёртвого дома»: «От одной праздности здесь [в островерг] развились бы в нем [народе] такие преступные свойства, о которых он прежде не имел и понятия» [28, с. 219]. И не зря же именно среди находящихся за решёткой людей родилось известное тюремное выражение: «Скорей бы утро, да на работу». По определению И. Бродского, «формула тюремы – недостаток пространства, возмешенный избытком времени» [6, с. 24].

«Как только начинается делание, – замечает Н. Рерих, – то и время для него находится. Забудем навсегда вредное самоуспокоение о том, что будто бы не было времени. Время-то, конечно, было, но кто-то растратил его, размотал, выпил его за чашкою чая. Лежебок, соня, лентяй во всем народном эпосе отмечен как один из самых позорных типов. Но ведь эти свойства бывают в жизни так часто» [63]. Именно такой далеко не оригинальный способ структурирования времени использовал герой И.А. Gonчарова Илья Ильич Обломов, днями лежавший на диване, медленно философствуя по различным поводам. Оправдывая свое «ничегонеделание» (а о материальной стороне жизни ему заботиться, не было нужды), он думал о посетившем его знакомом по фамилии Волков: «В десять мест в один день – несчастный! И это жизнь! Где же тут человек? На что он раздробляется и рассыпается?» [22, с. 20]. Приведём мнение А.П. Чехова об этом литературном герое. В письме А.С. Суворину (май, 1889 г.) он пишет: «Обрюзглый лентяй, каких много, натура не сложная, дюжинная, мелкая … Я спрашиваю себя: если бы Обломов не был лентяем, то чем бы он был? И отвечаю: ничем» [97, с. 380].³ И.С. Аксаков в сонете «Смотри! Толпа людей, нахмурившись, стоит» (1846 г.) так отзывается о подобных И.И. Обломову индивидах:

«Они речь умную, но праздную ведут;
О жизни мудрствуют, но жизнью не живут
И трятят свой досуг лениво и бесплодно,
Всему сочувствовать, умея благородно!
Ужели племя их добра не принесёт?
Досада тайная меня подчас берёт,
И хочется мне им, взамен досужей скуки,
Дать заступ и соху, топор железный в руки
И, толки прекратя об участии людской,
Работников из них составить полк лихой» [66, с. 91].

«Ничегонеделание, – определяет В.В. Макаров, – тип пассивного поведения, при котором психическая энергия используется для предотвращения действия. Основано на игнорировании человеком своих способностей думать и действовать согласно ситуации. Пассивное поведение – внешнее проявление процесса искажения реальности, игнорирования» [43, с. 358–359]. «Бездействие же, – замечает Ошо, – это просто вялость, безнадёжность, смерть. Ждать нечего, надеяться не на что – ничего никогда не произойдёт. Это – впадение в апатию, в равнодушие. Равнодушие и апатия – яд» [57, с. 112].⁴ По мнению Честерфилда, «человек, с пользой упот-

³ Наиболее серьёзных читателей позабавим шуточным замечанием поэта И. Губермана: «Творимое с умом и не шутя безделье освежает наши души; с утра я лодырь, вечером – лентяй, и только в промежутке бью баклушки» [23, с. 437].

⁴ Чандра Мохан Раджниш (1931-1990) – известный индийский религиозный деятель, основатель мистического учения. С начала 70-х гг. XX в. более известен как Бхагван Шри Раджниш, позднее как Ошо, или Равшан. Проповедовал собственное учение, декларировавшее своей целью свободную и счастливую жизнь человека, борьбу с предрассудками, ложными ценностями общества, бюрократическим государством, бюрократизированной церковной верой (клерикализм), бездуховностью семейного уклада и пр. Разработал множество новых систем медитации, связанных с музыкой, движением, дыханием. Беседы Ошо, записанные в период с 1969 по 1989 гг., собраны и изданы его последователями в виде нескольких сотен книг. На русский язык переведено 116 книг (см. www.osho.ru).

ребивший свой день, гораздо полнее насладится вечером всеми удовольствиями, нежели человек, растративший свой день попусту... Все поведение человека праздного отмечено печатью равнодушия, и удовольствия его столь же вялы, сколь беспомощны все его начинания [96, с. 144]... Праздность, на мой взгляд, – это разновидность самоубийства: духовное начало в человеке безвозвратно погибает, животное же иногда продолжает жить» [96, с. 231].

«По своим постоянным свойствам, скука есть страдание, – считает Эмиль Тардье, – являющееся следствием истощения или неудавшейся жизни; это или минутное, или продолжительное бессилие, беспокойная и стонущая летаргия. В неясных формах скука представляет тяжёлое ощущение, скрытое и неопределенное беспокойство; но если она порождается причинами постоянными, то завладевает всей душой и всеми душевными способностями и тогда скука делается неизлечимым отчаянием, столкновением раздраженного желания с ускользающей от него действительностью, борьбой ума с собственным оцепенением, острым чувством невозможности счастья. Как страдание, то поверхностное, то глубокое, скука постоянно преследует и волнует нас, заставляя неизбежно искать развлечений... Скука заполняет нас, она примешивается в большей или меньшей степени во все наши действия, хотя часто её участие не явственно и она не составляет всю сущность их... Скука есть результат нашего бессилия и следствие бессмыслицы нашей судьбы в мире, куда мы брошены по непонятным нам причинам. Ведя к отчаянию, скука парализует самые сильные порывы сердца; из-за неё весь мир подергивается для нас мрачной пеленой, а в сердце на всегда гаснут обманчивые желания» [74, с. 1–3]. И продолжает: «Скука является виновницей нравственной испорченности. Она поднимает непристойные мысли, наполняет сердца скверной, она выискивает зверские пороки, она же даёт ненависть к законам и обычаям, руководит искусственным развратом, заставляет прибегать к приятным и методическим отравлениям, она доводит до риска преступления, в безумствах она ищет новых приключений и собственного успокоения» [74, с. 174]. По наблюдениям Ф. Ницше, некоторые натуры «пользуются самыми мучительными раздражающими средствами и жестокостями, чтобы хоть на время очнуться от того отупения и скуки, в которые они так часто впадают в силу своей духовной бесчувственности и подчинения чужой воле» [54, с. 133].

«Не будем, – призывает нас Э. Тардье, – обвинять жизнь, которая всегда обновляется и кипит, и природу, которая бесконечно разнообразна; ибо однообразие, на которое мы жалуемся, в нас самих. Человечество, взятое в целом и рассматриваемое как один человек, живущий века, не скучает потому, что находит неисчерпаемый интерес в жизни, открывает каждый день новые, неисследованные

богатства в природе, которую никогда ему не придется познать до конца. Скука есть свойство нашей индивидуальности, у которой нет вечной молодости и способности к неустанной деятельности» [74, с. 5]. Такого же мнения придерживается и И. Ялом: «Скука – исключительно индивидуальное переживание. В одной и той же ситуации одному может быть скучно, а другому нет» [109, с. 425].

«Нужно делать различие между тоской и страхом и скукой, – настаивает Н.А. Бердяев. – Тоска направлена к высшему миру и сопровождается чувством ничтожества, пустоты, тленности этого мира. Тоска обращена к трансцендентному, вместе с тем она означает несиянность с трансцендентным, бездну между мной и трансцендентным. Тоска по трансцендентному, по иному, чем этот мир, по переходящему за границы этого мира. Но она говорит об одиночестве перед лицом трансцендентного... Страх и скука направлены не на высший, а на низший мир. Страх говорит об опасности, грозящей мне от низшего мира. Скука говорит о пустоте и пошлости этого низшего мира. Нет ничего безнадёжнее и страшнее этой пустоты скуки. В тоске есть надежда, в скуке – безнадёжность [3, с. 294]... Свойственно ли мне переживание скуки, которая есть притяжение нижней безды пустоты? Я почти никогда не скучал, мне всегда не хватало времени для дела моей жизни, для исполнения моего призыва. У меня не было пустого времени. Но многое, слишком многое мне было скучно. Я испытывал скуку от мироощущения и миросозерцания большей части людей, от политики, от идеологии и практики национальной и государственной. Обыденность, повторяемость, подражание, однообразие, скованность, коначность жизни вызывают чувство скуки, притяжение к пустоте. Когда же наступает момент пассивности в отношении притяжения пустоты этого низшего мира, когда по слабости мир кажется плоским, лишенным измерения глубины, то скука делается диавольским состоянием, предвосхищением адского небытия» [3, с. 298–299].

«Как, однако, скука... ужасно скучна! – восклицает С. Кьеркегор. – Более верного или сильного определения я не знаю: равное выражается лишь равным. Если бы нашлось выражение более сильное, оно бы нарушило эту всеподавляющую кость. Я лежу пластом, ничего не делаю. Куда ни погляжу – везде пустота: живу в пустоте, дышу пустотой. И даже боли не ощущаю» [36, с. 15].

Приведём мнения о скуке, принадлежащие некоторым выдающимся литераторам. Стендаль: «Скука отнимает всё, вплоть до мужества...» [73, с. 219]. Ф.М. Достоевский: «И всё от скуки, господа, всё от скуки» [29, с. 411]. А.С. Пушкин: «По капле, медленно глотаю скуки яд...» [61, с. 63]. И.А. Бунин: «Что ж! Камин затоплю, буду пить... Хорошо бы собаку купить...» [13, с. 408]. «Скука для меня, – писал Альберто Моравиа, – это ощущение неполноты, недо-

статочности окружающей меня реальности, её скучности, её несоответствия собственным возможностям, моя неспособность вырваться за пределы своего «я» [49, с. 304–305]. «Скука, – считает писательница Виктория Токарева, – это внешняя примета бездарности. Скука, как засуха, убивает всё» [49, с. 222]. По мнению А. Шопенгауэра, «скука же далеко немаловажное зло: в конце концов, она налагает на лицо печать настоящего отчаяния [101].

«Никто так не томим скукой, как богачи, – утверждает И. Бродский, – ибо деньги покупают время, а время имеет свойство повторяться. Что касается бедности, скука – самая жестокая часть её несчастий, и бегство от неё принимает более радикальные формы: бурного восстания или наркомании. Обе временные, ибо несчастье бедности бесконечно; обе вследствие этой бесконечности догостоящи. Вообще, человек, всаживающий героин себе в вену, делает это главным образом по той же причине, по которой вы покупаете видео: чтобы увернуться от избыточности времени... В целом, тактильная разница между иглой шприца и кнопкой стерео приблизительно соответствует различию между остротой и тупостью влияния времени на неимущих и имущих. Короче говоря, будь вы богаты или бедны, рано или поздно вы пострадаете от избыточности времени. Причина, по которой скука заслуживает такого пристального внимания, в том, что она представляет чистое, неразведённое время во всем его повторяющемся, избыточном, монотонном великолепии. Скука – это, так сказать, ваше окно на время, на те его свойства, которые мы склонны игнорировать до такой степени, что это уже грозит душевному равновесию. Короче говоря, это ваше окно на бесконечность времени, то есть на вашу незначительность в нем... Скука говорит на языке времени... Ибо скука – вторжение времени в вашу систему ценностей» [8].

«Есть три вида скуки, – говорит писатель Милан Кундера устами своего героя Жан-Марка, – скука пассивная: барышня, которая танцует, зевая; скука активная: любители воздушных змеев; скука бунтующая: молодёжь, поджигающая автомобили и бьющая витрины» [35, с. 151].^{5, 6} «Толпа, – по мнению Ралфа Эмерсона, – не что иное, как сброд людей, по собственной воле теряющих рассудок и бегущих без оглядки напролом всего, что основано рассудком. Толпа всё равно, что человек, добровольно унижающийся до животного; ей всегда время действовать, и действия её беззаберны, как и само сбощие. Она

гонит убеждения, с радостью высекла бы истину и надеется раз и навсегда отделаться от правоты, предав огню и мечу жилища людей, одушевлённых этим божественным началом» [104, с. 145]. Согласно рекомендациям З. Фрейда, «для правильного суждения о нравственности масс следует принять во внимание, что при совместном пребывании индивидов массы у них отпадают все индивидуальные тормозящие моменты и просыпаются для свободного удовлетворения первичных позывов все жестокие, грубые, разрушительные инстинкты, дремлющие в отдельной особи, как пережитки первобытных времен [86, с. 429]. При рассмотрении массы как целого она показывает нам больше; черты ослабления интеллектуальной деятельности, безудержность аффектов, неспособность к умеренности и отсрочке, склонность к переходу всех пределов в выражении чувств и к полному отводу эмоциональной энергии через действия – это и многое другое... даёт несомненную картину регресса психической деятельности к более ранней ступени, которую мы привыкли находить у дикарей или у детей» [86, с. 459]. Об этом же писал ещё в 1748 году Честерфилд в своих знаменитых «Письмах к сыну»: «Не приходится сомневаться, что, когда большие толпы народа сходятся вместе, они возбуждают друг друга, и это, как правило, приводит к тем или иным действиям, хорошим или плохим, но чаще всего – плохим. Таким образом, люди, которые, находясь порознь, были совершенно спокойны, сойдясь вместе, приходят в возбуждение, и возбуждение это объединяет их всех; они способны тогда совершить любое злое дело, на которое их натолкнут вожаки; если же им нечего им предложить, толпа найдёт это дело сама... Понаблюдай за любым скопищем народа, и ты увидишь, что сила и порывистость растут или спадают в зависимости от многолюдности; когда народу собирается очень уж много, то у людей как будто, не остаётся ни рассудительности, ни разума и всех, в том числе даже самых хладнокровных, охватывает какое-то повальное безумие» [96, с. 74].

«Существует небольшое число благородных людей, – отмечал Роберт Бертон, – способных управлять собой и обуздывать эти чрезмерные аффекты с помощью религии, философии и таких божественных заповедей, как смиление, терпение и тому подобное, но большинство других людей из-за неспособности владеть собой по неблагородному и невежеству своему позволяют чувству полностью руководить ими; они настолько далеки от того, что-

⁵ «Франция скучает» – слова Ламартина накануне революции 1848 г. (цит. по [74, с. 165]).

⁶ Явление т. наз. «наркотизации аффективного переживания», т.е. заглушения страха при помощи сверхагрессивной внешней деятельности, хорошо, с нашей точки зрения, иллюстрируют строки Александра Галича:
«От безделья, от бессилия
Им всего любезней – шум!
И чтоб вновь была Бастилия
И чтоб им идти на штурм!» [18, с. 363].

бы подавлять свои мятежные склонности, что, на-против того, всячески их поощряют, бросив поводья и всячески провоцируя их и споспешствуя им; порочные от природы и ещё худшие от приобретен-ной искусности, воспитания, привычки, образования и присущих им извращенным склонностям, они устремляются туда, куда влекут их собственные необузданые стремления, и ведут себя больше соот-ветственно привычке, из своеолия, нежели руководствуясь рассудком» [4]. Как отмечает Э. Фромм, имеются «люди, которых невозможно ввести в со-стояние возбуждения нормальным раздражителем. Это люди больные; время от времени они остро сознают своё душевное состояние, но часто они даже не понимают, что больны. Хроническая скука – в компенсированной или некомпенсированной фор-ме – представляет собой одну из основных психопатологий современного технотронного общества... Людям, способным продуктивно реагировать на «активирующие стимулы» (раздражители) практи-чески не бывает никогда скучно, но в нашем кибер-нетическом обществе такие люди составляют исключе-ние. Что касается большинства людей, то они, ко-нечно, не являются тяжелобольными, но можно уг-верждать, что все страдают в лёгкой форме таким недугом, как недостаток продуктивности. Такие люди постоянно скучают, если не находят хоть ка-ких-то способов стимулирования» [87, с. 305-306]. И продолжает: «Творческому человеку никогда не бывает скучно и ему не составляет труда подыскать подходящие стимулы (возбудители). Зато человек внутренне пассивный, нетворческий, даже тогда испытывает скучу, когда его явная осознанная тоска на время отступает. Почему это происходит? При-чину тут надо искать в том, что попытка намерен-ного устранения скуки из внешних условий жизни не затрагивает личность в целом с её чувствами, разумом, фантазией, – короче, всё это не касается основных способностей и психических возможнос-тей индивида. Эти стороны личности не пробужда-ются к жизни... Можно «заглушить» неприятное ощущение пустоты сиюминутным возбуждением, применив любой «щекочущий нервы» стимулятор (развлечение, шоу, алкоголь, секс) [87, с. 308]... Ока-зываются, у человека гораздо более сильное возбуж-дение (волнение) вызывают гнев, бешенство, жес-токость или жажда разрушения, чем любовь, твор-чество или другой какой-то продуктивный интерес... Людей с низким духовным уровнем всегда выруча-ют простые раздражители; они всегда в изобилии» [87, с. 303-304]. «Именно тупость ума, – настаивает А. Шопенгауэр, – идёт постоянно об руку с тупос-тью ощущения и недостатком раздражимости... Из этой же тупости проистекает, с другой стороны, и та отпечатанная на бесчисленном множестве лиц и проявляющаяся в мелочном любопытстве внутрен-

ния (курсив – А. Шопенгауэра) пустота, которая есть истинный источник скуки и вечно жаждет внешне-го возбуждения, чтобы хоть чем-нибудь привести в движение свой дух. Потому-то они и небрезгливы в выборе для этого средств, как это показывает жал-кое времяпровождение, к которому прибегают люди, равно как род их общительности и беседы, и множество любителей зевать у дверей и окон. Из этой-то внутренней пустоты и проистекает стрем-ление к обществу, развлечениям, удовольствиям и роскоши всякого рода» [100, с. 29–30].⁷

«Привык смотреть на вещи ты, мой друг,
Как все на них вы смотрите; а надо
Умней, толковей тратить свой досуг,
Пока доступна жизни вся отрада», – советует Фаусту Мефистофель [20, с. 64].

«Мы представляем собой общество, – заметил Э. Фромм, – заведомо несчастных людей: одиноких, съедаемых тревогой и унынием, способных только к разрушению и постоянно ощущающих свою зависи-мость – людей, которые радуются, если им удалось как-то убить время, которое они так усиленно стре-мятся сэкономить» [89]. По мнению Б. Паскаля, «люди ищут удовольствий, бросаясь из стороны в сторону, только потому, что чувствуют пустоту своей жизни, но не чувствуют ещё пустоты той новой потехи, кото-рая их притягивает» [58]. Приведём также мнение о скуке Ф. Ницше: «Мыслителю и всем изобретатель-ным умам скука предстаёт как то неприятное «без-ветрие» души, которое предшествует счастливому плаванию и весёлым ветрам; он должен вынести её, должен *переждать* в себе действие. – Это как раз и есть то, чего никак не могут требовать от себя более убогие натуры! Отгонять от себя скуку любым путем – пошло, столь же пошло, как работать без удо-вольствия. Азиатов, пожалуй, отличает от европей-цев то, что они способны к более длительному, глубокому покою, чем последние, даже их наркотики действуют медленно и требуют терпения, в противо-положность отвратительной внезапности европей-ского яда – алкоголя» (курсив – в оригинале) [53, с. 94].

Лебедь Е.И. и соавтр., предлагая введение ново-го понятия – «Синдром жизненного истощения», считают, что этот термин «по своему содержанию противоположен процессу наполнения (полноте жизни), смысл которого заключается в стремлении стать полным, занятым, насыщенным кем/чем-ни-будь до предела. Две противоборствующие функции (наполнение/истощение) являются, в свою оче-редь, реальными проявлениями общего для них вир-туального понятия *пустота*. Функция пустоты – заполнить себя. Люди живут в иллюзиях причинно-сти событий, их всеобщей взаимосвязанности и управляемости. Но это не так. Управляет метафори-ческая пустота. Она как бы требует заполнить жизнь множеством разных событий. Когда происходит на-

⁷ Как говорили в древности, «Panem et circenses (хлеба и зрелищ)».

сыщение кем/чем-нибудь до предела, появляется непонятное ощущение скуки, внутренней дисгармонии и соответственно поиск причин своего дискомфорта.⁸ Скука сигнализирует, что данная виртуальная реальность освоена и пришло время осваивать новую реальность на горизонтали этого же уровня либо мотивировать переход на более высокий уровень деятельности» [39]. «Всё начинается с этой окрашенной недоумением скуки, – подчёркивал А. Камю. – «Начинается» – вот что важно. Скука является результатом машинальной жизни, но она же, приводит в движение сознание. Скука пробуждает его и провоцирует дальнейшее: либо бессознательное возвращение в привычную колею, либо окончательное пробуждение. А за пробуждением рано или поздно идут следствия: либо самоубийство, либо восстановление хода жизни. Скука сама по себе омерзительна, но здесь я должен признать, что она приносит благо» [32, с. 29-30]. О многостороннем воздействии скуки, в том числе и о некоторых её позитивных свойствах говорит и Э. Тардье: «Скука есть недовольство действительностью и ужас перед банальностью жизни; она заставляет нас искалечь перемен; она является началом страсти, честолюбия, мечты, стремлений к переменам места, она создаёт превращения, фарсы, мистификации, страсть к эксцентричности и шутовству и к удовольствиям. Скука заставляет нас добиваться славы, оригинальности и привилегий. Она действует повсюду как скрытое, неуловимое воздействие [74, с. 170-171]... Вся цивилизация есть научный способ обороняться от скуки. Человечество скучало и в века варварства; затем появились новые потребности; ум получил стремление познать себя и сделаться более тонким.

Цивилизация терпеливо воспитывает все наши способности; она дает нам невероятное множество удовольствий: у нее есть оранжереи редких цветов, возбуждающие яды, большие города с их вечной оргией...» [74, с. 166-167]. «В основе всемирной истории, рассмотренной с точки зрения скуки, – считает Альберто Моравиа, – лежала очень простая мысль: пружиной истории была не биологическая революция, не экономические факторы и вообще ни один из этих мотивов, которые выдвигаются историками разных школ, – пружиной была скука. Скука, которая есть отсутствие каких-либо связей между человеком и окружавшим его миром» [49, с. 307]. По утверждению Ф. Ницше, «потребность принуждает нас к труду, плодами которого она удовлетворяется; и так как потребности возникают всегда сызнова, то мы привыкаем к труду. Но в промежутках, когда потребности удовлетворены и как бы спят, на нас нападает скука. Что же такое скука? Это есть привычка к труду вообще, которая теперь обнаруживается как новая, дополнительная потребность; она будет тем сильнее, чем сильнее человек привык работать для удовлетворения своих потребностей. Чтобы избегнуть скуки, человек либо работает больше, чем к тому вынуждают его остальные потребности, либо же изобретает игру, т.е. труд, который не предназначен для удовлетворения какой-либо иной потребности, кроме потребности в труде вообще. Кому наскутила игра и кого новые потребности не влекут к труду, тем иногда овладевает влечение к третьему состоянию, которое относилось бы к игре, как летание к пляске, как пляска к хождению, – влечение к блаженной спокойной подвижности: это есть видение счастья у художников и философов» [54, с. 359-360].

* * *

Люди перестают мыслить, когда перестают читать.

Дени Дидро

Любить чтение – это обменивать часы скуки, неизбежные в жизни, на часы большого наслаждения.

Шарль Луи де Монтескье

Структурированию времени в целом ряде случаев может способствовать процесс чтения, хотя его значение, конечно же, выходит далеко за рамки этого. «Необъяснимое – в особенности необъяснимое пугающее – невозможно переносить долго, – констатирует И. Ялом. – Все культуры, посредством или научного или религиозного объяснения, пытаются

придать смысл хаотичным и угрожающим ситуациям в физической и социальной среде, так же как и в самой природе существования. Один из главных методов контроля заключается в использовании языка. Придание имени хаотичным и неуправляемым силам вознаграждает назвавшего чувством обретения господства и контроля» [109, с. 108].⁹ «Письмен-

⁸На подобную ситуацию указывает и А. Шопенгауэр: «Если же у человека не оказывается объектов желания, потому что слишком легкое удовлетворение тотчас же отнимает их у него, то его одолевает страшная пустота и скука, т.е. его существо и сама жизнь становятся для него невыносимым бременем» [101, с. 298].

⁹Биологическое значение языковых форм рассмотрено нами ранее [59].

ность, – по определению О. Шпенглера, – представляет собой совершенно новый вид языка и полностью изменяет отношения человеческого бодрствования, освобождая их от *гнета современности*. Языки образов, обозначающие предметы, пожалуй, намного старше, чем любые слова, но в письменности изображение обозначает не непосредственно увиденный предмет, а слово. То есть уже нечто отвлечённое от ощущений. Это первый и единственный пример, где в качестве предпосылки язык уже требует развитого мышления, а не несёт его в себе... «Читать» означает *сопоставлять начертания букв с чувством значения соответствующих звучаний слов...* Слово имеет отношение к человеку вообще.¹⁰ Письменность принадлежит исключительно людям культуры. В отличие от словесных языков она зависит от политических и религиозных судеб мировой истории не частично, а полностью. Все виды письменности возникли в *отдельных культурах* и представляют собой их глубочайшие символы... *Письменность символизирует протяжение* (Ferne), причем не, только в пространстве, но и, прежде всего, во времени. Это символ будущего, стремление к вечности. Говорить и слушать можно только вблизи и только сейчас, а с помощью письма можно говорить с людьми, которых никогда не видел и которые ещё даже не родились. И тогда голос человека может быть услышан даже спустя столетия после его смерти. Она – письменность – является одним из первых признаков *исторической одаренности*. Именно поэтому внутреннее отношение к письменности является самым характерным признаком культуры. Эта деятельность с давних времен обладает чем-то духовным и священным. Вечные истины становятся вечными не посредством речи, а только благодаря письму... Факт наличия *письменности как исторического средства взаимопонимания* влияет на мировую историю в такой степени, которая пока ещё вряд ли осознается наукой (курсив – в оригинале)» [102, с. 190-195]. «Письменная речь, – отмечал Л.С. Выготский, – есть самая многословная, точная и развернутая форма речи» [16, с. 444]. По мнению Ж.П. Сартра, при чтении человек в определённой степени отказывается от своей эмпирической личности. Он отстраняется от её злобы, страхов, вожделений и становится на высшую ступень своей свободы. У этой свободы абсолютной целью становится литературное произведение, а через

него – всё человечество [68, с. 235]... Произведение искусства во всей полноте его требований, это не только описание существующего, но и мнение о настоящем во имя будущего. Книга всегда несёт в себе призыв. Это проявление себя уже и есть победа над собой... Её (литературы) задача – отражать определённую всеобщность и всеобщую определённость. А её назначение – обращаться к свободе людей, чтобы они реализовали и поддержали торжество человеческой свободы [68, с. 141-142]. Что касается чтения художественного произведения, – считает И.Г. Фихте, – настоящая цель его состоит в оживлении, возвышении и культивировании духа производимым сочинением. Для этой цели достаточно спокойно отдаваться произведению искусства, так как открыт источник эстетического наслаждения [81, с. 309].

Ах, то ли дело поглощать
За томом том, страницу за страницей!
И ночи зимние так весело летят,
И сердце так приятно бьется!
А если редкий мне пергамент попадется,
Я просто в небесах и бесконечно рад – говорил
Фаусту его коллега Вагнер [20, с. 40].

Произведение не явно символическое, гораздо более четко обращается к эстетическому ощущению, потому что оно дает нам возможность созерцать гармонию завершенности, – заметил К.Г. Юнг [107, с. 53]. Книга, – утверждает П. Жане, – почти всегда не что иное, как осознание чувств и идей эпохи. Идеи, изложенные в книге, уже существуют и находят разнообразное выражение, а в книги попадают благодаря особому акту осознания [31, с. 121]. Литератор с самого начала творческого процесса имеет в виду воздействие на читателя, ибо он абсолютно нуждается в нём для того, чтобы его творение стало произведением искусства [33, с. 130]. Акт творчества, – по утверждению Ж.П. Сартра, – есть только неполный и абстрактный момент труда; если бы автор существовал один на белом свете, то, сколько бы он ни писал, его работа никогда не возникла бы как объект, и он вынужден был бы прекратить писать, или отчаяться. Но акт писания предполагает акт чтения как его диалектический коррелят, и эти два связанных акта требуют двух различных субъектов... Искусство существует только для и посредством других людей (цит. по [69, с. 130–131]).¹¹ Важная в психологическом контексте приверженность к чтению и письму, – считает Т. Сас, – предполагает

¹⁰ «Но забыли мы, что осияно
Только слово средь земных тревог.
И в Евангелии от Иоанна

Сказано, что слово – это Бог», – напоминал нам поэт Н. Гумилев [25, с. 250].

¹¹ «Вслед за поступками, которые заслуживают того, чтобы о них написать, – указывает Честерфилд в письме своему сыну, – ничто не приносит человеку столько чести и удовольствия, как писать то, что заслуживает прочтения. Плинний Младший говорит об этом так: «Поистине считаю блаженными тех, кому милостью богов даровано либо делать то, что достойно написания, либо писать то, что достойно прочтения; блаженнейшими же – тех, кому даровано и то и другое» [96, с. 8-9].

ориентацию на людей, физически не присутствующих в данном месте [69, с. 188]. Как заметил Фрейд в своём обсуждении «Царя Эдипа», – читаем мы у И. Ялома, – великие произведения литературы продолжают жить рядом с нами, так как что-то в нас раскрывается навстречу их правде (цит. по [110, с. 27]).¹² Писатель Амос Оз вспоминает фразу, сказанную ему матерью в возрасте семи-восьми лет: «Это верно, что книги могут изменяться с течением лет не меньше, чем изменяются с бегом времени люди. Однако разница в том, что люди, почти все, покинут тебя, в конце концов, придёт день, и ты окажешься для них бесполезным, не доставляющим никакого удовольствия или, по крайней мере, доблого чувства, – книги же никогда тебя не оставят. Ты их наверняка будешь иногда покидать, некоторые из книг ты покинешь на долгие годы, а то и навсегда. Но они, книги, даже если ты их предал, никогда не повернутся к тебе спиной: в полном молчании они будут скромно дожидаться тебя на этажерке. Будут ждать даже десятилетия. Не станут жаловаться. Пока в одну прекрасную ночь, когда ты почувствуешь, что нуждаешься в одной из них, пусть даже в три часа ночи, пусть даже это будет книга, которую ты забросил годы назад и почти вычеркнул из своего сердца, она, эта книга, сойдёт с полки и явится, чтобы быть с тобой в трудную минуту. Она не разочарует тебя, не станет сводить с тобой счеты, не будет выискивать предлоги, не спросит себя, стоит ли ей, заслужил ли ты, подходишь ли ты ей, а просто явится немедленно, едва ты попросишь ее прийти. Книга тебя никогда не предаст» [56, с. 397–398]. Возвращаясь через некоторое время к тому же произведению, – утверждает И.Г. Фихте, – мы зrim его в новом свете, и таким образом оно никогда не стареет, но всякий раз, как мы снова созерцаем его, молодеет перед нами для новой жизни. Благодаря этому мы не перестаём стремиться к новинкам, мы нашли средство превращать самое древнее в самое живое и новое [81, с. 310].

Чтение, – говорит известный писатель, лауреат важнейших российских литературных премий «Букер», «Национальный бестселлер» и «Большая книга» Михаил Шишкин, – забирало меня в другой мир… Чтение спасло моё человеческое достоинство. В этом, наверное, всегда был смысл русского чтения и всегда будет. Только теперь унижение от советской лжи сменилось унижением от нищеты и глаумура. Одно хамство сменилось другим. Вернее, хамство то же, плоть от плоти, тотальное, глубинное. От него только настоящая книга и может спасти (цит. по [105]). В своей Нобелевской лекции И. Бродский призывал читать книги каждого: «Я не думаю, что знаю о жизни больше, чем любой человек моего возраста, но мне кажется, что в качестве собеседни-

ка книга более надежна, чем приятель или возлюбленная» [7]. Следовать за мыслями великого человека, – заметил А.С. Пушкин, – есть наука самая занимательна [60, с. 591]. Читать, – указывает нам Фрэнсис Бэкон, – не затем, чтобы противоречить и опровергать, не затем, чтобы принимать на веру, и не затем, чтобы найти предмет для беседы, но чтобы мыслить и рассуждать (цит. по [38, с. 5]). Именно чтение имел в виду наш великий поэт А.С. Пушкин, когда писал в 1830 году:

«И ведаю, мне будут наслажденья
Меж горестей, забот и треволненья:
Порой опять гармонией упьюсь,
Над вымыслом слезами обольюсь» [62, с. 70].

Эстетический выбор, – замечает в своей Нобелевской лекции И. Бродский, – всегда индивидуален, и эстетическое переживание всегда переживание частное. Всякая новая эстетическая реальность делает человека, её переживающего, лицом ещё более частным, и частность эта, обретающая порою форму литературного (или какого-либо иного) вкуса, уже сама по себе может оказаться если не гарантией, то формой защиты от порабощения. Ибо человек со вкусом, в частности литературным, менее восприимчив к поворотам и ритмическим заклинаниям, свойственным любой форме политической демагогии. Дело не столько в том, что добродетель не является гарантией создания шедевра, сколько в том, что зло, особенно политическое, всегда плохой стилист. Чем богаче эстетический опыт индивидуума, чем твёрже его вкус, тем чётче его нравственный выбор, тем он свободнее, хотя возможно, и не счастливее. Именно в этом, скорее прикладном, чем платоническом смысле следует понимать замечание Ф. Достоевского, что «красота спасёт мир», или высказывание Мэтью Арнолда, что «нас спасёт поэзия». Мир, вероятно, спасти уже не удастся, но отдельного человека – всегда можно. Эстетическое чутьё в человеке развивается весьма стремительно, ибо, даже не полностью отдавая себе отчёт в том, чем он является и что ему на самом деле необходимо, человек, как правило, инстинктивно знает, что ему нравится и что его не устраивает. В антропологическом смысле, повторяю, человек является существом эстетическим прежде, чем этическим. Искусство поэтому, в частности литература, не побочный продукт, а ровно наоборот. Если тем, что отличает нас от прочих представителей животного царства, является речь, то литература и, в частности, поэзия, будучи высшей формой словесности, представляет собой, грубо говоря, нашу видовую цель [7].

Искусство, – как считает В. Франкл, – может быть использовано для достижения невротических целей. В то время как подлинное искусство и его восприятие обогащают человека и ведут его к реализации

¹² «Империи исчезают, а хороший стих остается», – считал В. фон Гумбольт. (цит. по 102, [с. 578]).

его внутренних возможностей, невротично используемое «искусство» лишь отвлекает человека от него самого. В этом случае оно является лишь возможностью и поводом для самоопьянения и самоутопления. Если человек пытается убежать от себя самого и от чувства экзистенциального вакуума, то он прибегает, например, к увлекательному детективному роману. В его остром сюжете он ищет в конечном счете только развязки – того отрицательного удовольствия ухода от чего-то неприятного. Этот человек спасается бегством в иллюзию того, что с ним самим якобы не может ничего случиться, а смерти и катастрофы – это лишь то, что всегда случается с другими. Невротическое бегство в мир романов, в мир их героев, с которыми невротик себя каким-то образом идентифицирует, дает ему еще один шанс... Этот тип любителей романов довольствуется лишь тем, чтобы кто-то другой, пусть это будет лишь вымыселенный образ, действовал за него [82, с. 130-131].

Подобно тому, как на ранних этапах онтогенеза существуют определённые и строго ограниченные сроки, в течение которых возможно формирование полноценных психических функций, так имеются, видимо, такие же ограниченные сроки для формирования эстетических потребностей и системы цивилизованных этических отношений. Согласно блестящему наблюдению Стефана Цвейга, «то, что недобрал в мускулатуре, можно потом наверстать, но тяга к духовным высотам, восприимчивость души, развиваются только в эти решающие годы становления, и лишь тот, кто рано научился раскрывать свою душу, способен позднее ворвать в неё целый мир» [93, с. 55]. Аналогичное мнение высказывает и Ж.П. Сартр: «У каждого человека своя среда обитания: уровень высоты не зависит ни от притязаний, ни от достоинств – все определяет детство» [67, с. 300]. П.Я. Чаадаев также писал, что если «время упущено, потом уже не вернёшь его для уединения и сосредоточенной мысли. Жизнь поглотит вас всеми своими заботами как приятными, так и скучными, и вы закрутитесь в нескончаемом колесе житейских мелочей. Не дадим же протекать без пользы единственному часу дня, когда мы можем принадлежать самим себе. Признаюсь, я придаю большое значение этой потребности ежедневно сосредоточиться и воспрянуть духом, я уверен, что нет другого средства уберечь себя от засилия окружающих вещей... Мы являемся в мир со смутным инстинктом нравственного блага, но вполне осознать его мы можем лишь в более полной идее, которая из этого инстинкта развивается в течение всей жизни. Этой внутренней работе надо всё приносить в жертву, применительно к ней надо установить весь порядок вашей жизни» [95, с. 32]. «Состояние бездеятельности, в котором ты сейчас пребываешь, – писал Честерфилд в 1763 г. своему 31-летнему сыну, – даёт тебе достаточно досуга для скуки, но вместе с

тем даёт тебе и достаточно времени для чего-то лучшего, – я имею ввиду чтение полезных книг, что ещё того полезнее, ежедневных и продолжительных бесед с самим собою... У большинства людей нет времени и только у немногих есть склонность вступать в этот разговор, больше того, очень многие боятся его и предаются самым легкомысленным развлечениям только для того, чтобы его избежать. Но если бы человек уделял ему каждый вечер, хотя бы полчаса и побывал наедине с собой, вспоминая все, что сделал за день хорошего или плохого, он становился бы от этого и лучше и мудрее... Но разве кто-нибудь следует советам, которые на основании своего горького опыта дают другие?! И, может быть, причина этого именно в небрежении к разговору с собой» [96, с. 234-235].

Приходится сожалением констатировать отсутствие у современной молодёжи сформировавшейся привычки к постоянному чтению, которое является наиважнейшим средством познания мира и формирования полноценной личности. Более того, классические произведения русской и зарубежной литературы издаются сейчас для школьников в кратком виде; описание красот природы, размышлений и эмоциональных переживаний героев опускаются, излагаются лишь факты в их хронологической последовательности. К примеру, в книге «Вся русская литература в пересказе для школьников», изданной в 2007 г. издательством под громким названием «Современная литература», роман Ф.М. Достоевского «Преступление и наказание» «усечён» до 46 страниц (?!).

Большинство людей в наше время, – заметил Э. Фромм, – вероятно, читают по принципу потребления или обладания... Однако знания их не стали от этого шире: действующие лица романа остались ими непонятны, и поэтому им не удалось глубже проникнуть в суть человеческой природы или лучше узнать самих себя [90, с. 61]. «Для кого и для чего я пишу? – восклицает А.П. Чехов. – Для публики? Но я её не вижу и в неё верю меньше, чем в домового» (Из письма А.П. Чехова А.С. Суворину 23 дек. 1888 г.) [97, с. 372]. Приведём так же высказывание Нобелевского лауреата поэта Иосифа Бродского: «Аудитория у поэта всегда в лучшем случае – один процент по отношению ко всему населению. Не более того» (цит. по [15]). «Демократия с помощью газет, – писал Освальд Шпенглер в своём вышедшем в 1922 году втором томе книги «Закат Европы», – полностью вытеснила книгу из духовной жизни народных масс. Мир книги с его богатством мнений, побуждающих ум к избирательной критике, остался действительным достоянием узкого круга людей (курсив – в оригинале)» [102, с. 610]. В 90-е годы XX века, на исходе тысячелетия, – считает писатель Г. Чартишвили, – карма русской «интеллигенции», кажется, начинает меняться. Впервые за всю историю страны писатель перестаёт быть общественной фигурой,

приватизируется (курсив – Г. Чхартишвили) – в том смысле, что превращается в частное лицо. Литература больше не восседает на троне всеобщей любви и не томится в застенке государственной ненависти, она стала сугубо личным делом. Россия уже не «самая читающая в мире страна», где Платонов и Кобо Абэ раскупались сотнями тысяч экземпляров, а высоколобые литературные журналы вели счёт подписчиков на миллионы. Сегодня считается грандиозным успехом, если расхваленный критикой и увенчанный премиями интеллектуальный роман разойдется тиражом в двадцать-тридцать тысяч [98, с. 222]. Во всяком случае, положение, – утверждает И. Бродский, – при котором искусство вообще и литература в частности являются в обществе достоянием (прерогативой) меньшинства, представляется мне нездровым и угрожающим. Я не призываю к замене государства библиотекой – хотя мысль эта неоднократно меня посещала, – но я не сомневаюсь, что, выбирая мы наших властителей на основании их читательского опыта, а не на основании их политических программ, на земле было бы меньше горя [7]. Об этом же писал ещё Цицерон: «Я, конечно, не считаю возможным добиться того, чтобы все молодые люди обратились к таким занятиям (да этого и требовать не следует). Но хотя бы немногие! Ведь их усердие могло бы стать хорошим примером в нашем государстве» [94, с. 243].

Постигнутая и воспроизведенная в художественном творчестве идея, – заметил А. Шопенгауэр, – воздействует на каждого только в соответствии с его собственным интеллектуальным уровнем, отчего именно самые прекрасные творения каждого искусства, благороднейшие создания гения навеки остаются для тупого большинства людей книгой за семью печатями и недоступны для него, отделённого от них глубокой пропастью, как недоступно для черни общение с королями.¹³ Правда, и самые пошлые люди, опираясь на чужой авторитет, не отрицают общепризнанных великих творений, чтобы не выдать собственного ничтожества; но втайне они всегда готовы вынести им обвинительный приговор, если только им подадут надежду, что они могут сделать это не осрамясь, – и тогда, ликуя, вырываются на волю их так долго сдерживаемая ненависть ко всему великому и прекрасному, которое никогда не производило на них впечатления и тем их унижало, и ненависть к его творцам. Ибо вообще чтобы добровольно и свободно признавать и ценить чужие достоинства, надо иметь свои [101, с. 237]. Ведь, несмотря на то, – писал И.Г. Фихте, – что во все эпохи число тех, которые были способны подняться до идей, всегда было мало, все же, по причинам, о которых я могу свободно умолчать здесь, это число

никогда не было меньшим, чем именно теперь. В то время как в том кругу, который очерчен вокруг нас обычным опытом, думают гораздо общее и судят правильнее, чем, может быть, когда-либо, большинство бывает сбито с толку и ослеплено, как только оно должно выйти хотя бы на одну пядь за его пределы. Если у них невозможно снова разуть раз погашенную искру высшего гения, следует разрешить им спокойно оставаться в том кругу и сохранить полностью свою ценность в нем и для него, поскольку они в нем полезны и незаменимы. Но если на этом основании они хотят снизить до своего уровня всё, до чего они не могут подняться, если они, например, требуют, чтобы всякое печатное слово могло быть использовано так же как поваренная книга или учебник арифметики или служебный регламент, и порочат всё, что не может быть использовано таким образом, то они в большей степени неправы [80, с. 5-6]. Социальные различия и классовые противоречия, – писал О.Э. Мандельштам в 1921 году, – бледнеют перед разделением ныне людей на друзей и врагов слова [44, с. 169].

И всё же наша практика показывает, что и у людей зрелого возраста, не имеющих обыкновения читать, можно вызвать определённый интерес к чтению. И пусть это не будут произведения Д. Джойса или М. Пруста, а незамысловатые детективы или «женские» романы, но и они помогают в какой-то степени в структурировании времени.

Также способствует структурированию времени приобщение и к другим культурным ценностям. Вообще культура, – по определению Е.В. Безносюк и М.Л. Князевой, – есть система формирования потребностей. Высокая культура, влияя на человека, сокращает, преобразует его физиологические потребности, развивая при этом потребности информационные, эмоциональные, интеллектуальные, нравственные, эстетические и т.д. Культура работает как система трансформации потребностей, переводя потребности низшего типа в более осмысленные, чисто человеческие, главная из которых – быть и оставаться человеком. Многие потребности, развивающиеся культурой, оказываются внебиологическими. Культура высвобождает человека из плена инстинктов и вожделений, возводя его в сферу прозрений и сопереживаний [1].¹⁴ Интересное определение понятия «культура» встретилось нам у писателя Михаила Веллера: «Культура – это часть совокупного продукта человечества, не имеющая первичного прикладного значения и являющаяся, прежде всего, и преимущественно эстетическим объектом и предназначенная для психического восприятия с целью расширения и обогащения ощущений и представлений о жизни и мире, то есть расширяю-

¹³ «Потому что все прекрасное так же трудно, как оно редко» – последняя фраза в «Этике» Б. Спинозы [72, с. 334].

¹⁴ По наблюдению Н. Бердяева, «французы слово цивилизация предпочитают слову культура» [2, с. 130].

щая субъективный мир потребителя [14, с. 267]. Описывая развитие высших психических функций в применении к психологии ребенка, Л.С. Выготский отмечает, что «культурное развитие как бы отделяется от истории и рассматривается как самодовлеющий, самостоятельный процесс, направляемый внутренними, заложенными в нем самом силами, подчиненный своей имманентной логике. Культурное развитие рассматривается как саморазвитие [17, с. 232]... Культура создает особые формы поведения, она видоизменяет деятельность психических функций, она надстраивает новые этажи в развивающейся системе поведения человека» [17, с. 247]. Произведения искусства, – отмечает Э. Тардье, – дают облегчение в скуке. Искусство довершает жизнь, выделяя ее сущность и цвет, в избытке дает нам мечты и волнения; благодаря искусству оно дает нашему воображению образы, дорогие нам призраки и душа делается богаче, возвышеннее» [74, с. 169] «Высшие художественные впечатления, – по оценке Ф. Ницше, – легко вызывают созвучное дрожание давно онемевшей и даже разорванной метафизической струны; например, внимая Девятой симфонии Бетховена, он (свободный ум) чувствует себя витающим над землей в звёздном храме с мечтою бессмертия в сердце; звёзды как бы сияют вокруг него, и земля опускается всё ниже» [54, с. 145]. «Фрейд рассматривает культуру, – пишет К. Хорни, – не как результат сложного социального прогресса, а главным образом как продукт биологических влечений, которые вытесняются, или сублимируются, и в результате против них выстраиваются реактивные образования. Чем полнее вытеснение этих влечений, тем выше культурное развитие. Так как способность к сублимации ограничена и так как интенсивное вытеснение примитивных влечений без сублимации может вести к неврозу, развитие цивилизации неизбежно должно вызывать усиление неврозов. Неврозы являются той ценой, которую приходится платить человечеству за культурное развитие». Далее К. Хорни указывает, что «исторические и антропологические данные не подтверждают такой прямой связи между уровнем развития культуры и вытеснением сексуальных или агрессивных влечений» [92, с. 200]. Тайну воздействия искусства с точки зрения основателя аналитической психологии К.Г. Юнга можно объяснить тем, что «любое отношение к архетипу, переживаемое или просто имеющееся, «задевает» нас; он действительно потому, что пробуждает в нас голос более громкий, чем наш собственный. Говорящий прообразами говорит как бы тысячью голосов, он пленяет и покоряет, он поднимает описываемое им из однократности и временностей в сферу вечно сущего, он возвышает личную судьбу до судьбы человечества и таким путём высвобождает в нас все спасительные силы, что извечно помогали человечеству избавляться от любых опасностей и превозмогать даже самую дол-

гую ночь. Такова тайна воздействия искусства» [106, с. 284]. «Мы говорили о музыке, живописи и литературе потому, что любой человек, способный мыслить и чувствовать, рано или поздно обращается к миру искусства», – считает Генри Миллер [47, с. 58]. Гений художника и зрителей с их собственным смыслом и ощущением, – считает Гегель, – сливается с той возвышенной божественностью, выражение которой достигается в произведении искусства, находит в нём удовлетворение и освобождение; созерцание и сознание свободного духа обеспечено и достигнуто. Изящное искусство выполнило со своей стороны то же, что и философия, – очищение духа от состояния несвободы [19, с. 387]. Культура, – констатирует Ж.П. Сартр, – не спасает ничего и никого, и не оправдывает. Но она – творение человека: он себя обращает в нее, видит в ней себя; только в этом критическом зеркале может увидеть он свой облик [67, с. 445]. В сущности, Искусство – зеркало, отражающее того, кто в него смотрится, а вовсе не жизнь, – считает Оскар Уайльд. – Если произведение искусства вызывает споры, – значит, в нем есть нечто новое, сложное и значительное [78, с. 6].

«Некоторые личности, – по утверждению А. Маслоу, – имеют эстетические потребности действительно базового характера. Они заболевают (специфическим образом) от безобразия и излечиваются, будучи окружены прекрасным; они *страстно стремятся* к прекрасному, и это стремление может утолить *только* красота (курсив – в оригинале)» [45, с. 72]. Я вижу смысл искусства в том, – признается Н.А. Бердяев, – что оно переводит в иной, преображеный мир. Оно освобождает от гнетущей власти обыденности и тогда, когда художественно изображает обыденность. Я называю буржуа по духовному типу всякого, кто наслаждается и развлекается искусством как потребитель, не связывая с этим жажды преображения мира и преображения своей жизни [3, с. 581]. «Искусство было для меня всегда погружением в иной мир, чем этот обыденный мир, чем моя собственная постылая жизнь. Именно приобщение к непохожему на эту жизнь есть магия искусства» [3, с. 299].

Культура, – замечает И.Г. Фихте, – различается только по степеням, но она способна проявлять себя в бесконечном множестве степеней. Она – последнее и высшее средство для конечной цели человека – полного согласия с самим собой, если человек рассматривается как разумно-чувственное существо [80, с. 12]. Культура, – провозглашает О. Шпенглер, – это нечто великое и неповторимое в органическом мире. Это единственный продукт, где человек возвышается над силами природы и сам становится творцом [102, с. 430]. К сожалению, в современных условиях приобщение к действительно культурным ценностям становится всё более и более редким явлением. Следует, вероятно, согласиться с мнением Генри Миллера: «И вот вам предлагаю

успокоительные, мягкие заменители, чтобы вы забыли о том, что вы человеческое существо. Говорю вам, с искусством вообще будет покончено. Мы будем платить людям, чтобы они посетили музей или побывали на концерте [46, с. 164].¹⁵

Приведём здесь мнение Ж.П. Сартра, которое можно отнести к любым другим видам культуры и

искусства. Заканчивая свою работу «Что такое литература?», Ж.П. Сартр пишет: «Созидающая литература зарождается в эпоху, когда трудно найти читающую публику... Нет признаков того, что литература бессмертна... Мир вполне может существовать без литературы. Но еще лучше может существовать и без человека» [68, с. 257-258].

* * *

А обыденное присутствие понимает себя ближайшим образом и большей частью из того, чем оно привычно озабочилось. «Человек есть» то, чем он занят.

М. Хайдеггер «Бытие и время» [91, с.239].¹⁶

Ответственный личный выбор является наиболее существенным признаком человека.

К. Роджерс «Взгляд на психотерапию» [64, с. 465].

За последние годы, – отмечает А. Маслоу, – жизнь, безусловно, кое-чему научила нас в отношении патологии *материального* (низшие потребности) изобилия, результатом которого являются скука, эгоизм, чувство элитарности или «заслуженного» превосходства, остановка в развитии, разрушение чувства общности. Очевидно, что жизнь ради одних лишь материальных или низших потребностей не может удовлетворять в течение сколько-нибудь продолжительного времени [45, с. 89].¹⁷ Естественный удел растений, – утверждает И.Г. Фихте, – правильный, закономерный рост, животных – целесообразное движение, человека – мышление... Я представляю собой особое проявление образующей силы, как и растение; особое проявление силы произвольного движения, как и животное; а сверх того еще проявление силы мышления; соединение этих трех сил в одну, в одно гармоническое развитие и образует отличительный признак человеческого рода [79, с. 76-77].¹⁸ По мнению П. Тиллиха, разум, – есть подлинная и сущностная природа человека, по срав-

нению с которой все прочее носит случайный характер [76]. Он приводит и высказывание Сенеки: «Если помимо разума не существует никакого другого признака, который принадлежит человеку как таковому, то разум становится единственным благом, равным всем другим, вместе взятым» [161, с. 15]. Способность человека мыслить позволяет ему и одновременно заставляет его осознать себя в качестве уникального существа, отдельного от природы и всех остальных людей [88, с. 38]. По утверждению Б. Паскаля, «все наше величие лежит в мысли. Мы должны подняться с помощью мысли, а не с помощью пространства и времени, которые мы не можем заполнить. Давайте же жаждать того, чтобы хорошо мыслить – в этом и есть принцип нравственности» (цит. по [50, с. 582]). Мышление у наиболее здоровых людей, – отмечал А. Маслоу, – стимулируется не только насущной проблемой или какого-либо рода беспокойством, прекращаясь с разрешением проблемы. Оно включается спонтанно, принося радость и удовольствие, часто автоматически,

¹⁵ «Два широко распространённых качества человека, – считал З. Фрейд, – несут ответственность за то, что культурные установления можно удержать только при помощи известной меры принуждения: люди по природе своей не любят работы, а доводы бессильны против их страстей» [83, с. 484].

¹⁶ С большим трудом проринаясь в поисках смысла в дебрях словесных конструкций книги М. Хайдеггера и относя возникающие сложности на свой счет, с чувством облегчения восприняли мы мнение И. Ялома по поводу этой книги, считающейся одним из самых значительных произведений в области экзистенциальной философии: «Профессиональные экзистенциальные философы по неясности и усложненности своей манеры выражения превосходят даже психоаналитиков-теоретиков. Исключительный важнейший в данной области философский текст – «Бытие и время» Хайдеггера – остается непревзойдённым примером словесного тумана» [110, с. 21]. А вот мнение Н. Бердяева о сочинениях Хайдеггера: «Гейдеггер (так у автора) захотел выразить проблемы экзистенциальных философов в категориях академической рациональной философии. Он налагает рациональные категории на экзистенциальный опыт, к которому они не применимы, и создает невыносимую терминологию. Терминология оказывается оригинальнее мысли» [3, с. 349-350].

¹⁷ Вместе с тем, по мнению А. Маслоу, «патология, представляющая собой результат удовлетворения, может отчасти оказаться тем, что можно назвать метапатологией, отсутствием ценностей, смысла и содержания жизни. Многие гуманисты и психологи-экзистенциалисты убеждены в том, что удовлетворение всех базовых потребностей не решает автоматически проблем самоидентификации, нахождения системы ценностей, жизненного призыва, смысла жизни» [45, с. 89].

¹⁸ Как тут не вспомнить Декарта: «Cogito ergo sum».

так же как, например, печень вырабатывает желчь. Такие люди испытывают удовольствие от того, что являются мыслящими [45, с. 237]. Потребность людей извлекать удовольствие из мыслительных процессов отмечал и З. Фрейд [85, с. 125]. Следовало бы помнить, – указывает нам С. Кьеркегор, – что Аристотель, обсуждая проблему блаженства, полагает высшее блаженство именно в мышлении; ведь именно Аристотель напоминает нам, что вечные боги блаженно проводят время, предаваясь мышлению [37, с. 71]. Платон называл мышление беззвучным разговором души с самой собой [9, с. 114]. «Конечно, право возвышаться своим мышлением, освободившись от внешнего авторитета, до закона разума есть высшее неотчуждаемое право человечества; это право есть неизменное определение земной жизни рода человеческого», – напоминает нам И.Г. Фихте [81, с. 298]. Неужели вы воображаете, – восклицает П.Я. Чаадаев, – будто такой пустяк – вырвать пытливый ум из сферы его мышления и втиснуть его в тот узкий и мелочный мир, в котором вращается людская пошлость? Вас окружает множество людей или групп, которым суждено пройти свой путь бесследно» [95, с. 220]. Всё наше достоинство, – подчёркивает Б. Паскаль, – в способности мыслить. Только мысль возносит нас, а не пространство и время, в которых мы – ничто. Постараемся же мыслить достойно: в этом основа нравственности [58, с. 169]. Ж. Годфруа, ссылаясь на А. Маслоу, напоминает нам, что «путь к осуществлению потенциальных возможностей индивидуума – к его *самореализации* – открывается лишь после удовлетворения его насущных потребностей. *Физиологические потребности* (есть, пить, спать и т.п.), без удовлетворения которых ничто другое невозможно, всегда выступают на первый план. За ними следует *потребность в защищённости* (укрыться в убежище, избежать опасности, обеспечить завтрашний день и т.п.); её удовлетворение создаёт возможность для развития *потребности в хорошем отношении* (быть любимым, быть принятым в определенном обществе, принадлежать к группе, в которой с тобой считаются, и т.п.). Если потребности этих трёх категорий удовлетворяются, то в поведении могут возникнуть новые черты, невозможные прежде. Так, вместо того чтобы систематически подчиняться мнению большинства или властей, индивидуум будет всё больше прислушиваться к собственным чувствам. Он вновь обретёт дар восхищаться миром, которым он обладал в детстве. У него будет возникать всё более сильное желание отказаться от рути-

ны, испробовать что-то новое, обратиться к новым целям, соглашаясь даже усердно работать, если это работа, которую он выбрал сам. Он будет стараться оценивать факты как можно более объективно, готовый к тому, чтобы стать непопулярным, если его взгляды не совпадают с взглядами большинства. Индивидуум будет принимать на себя всё большую и большую ответственность, избегая «разыгрывать комедию», чтобы спасти лицо. Все эти действия способствуют развитию у индивидуума *самоуважения* и, что самое главное, постепенно превращают его в творческую личность, интенсивно живущую тем, что преподносит жизнь, в личность, способную заботиться о других людях и о благополучии человечества. Он достигает, таким образом, стадии *самореализации*.^{19, 20} Всё это, разумеется, идеальный путь, который может пройти лишь бесконечно малая часть индивидуумов. Можно считать, что более 90% людей остаются на уровне поисков защищённости и хорошего отношения, поглощающих всю их энергию (курсив в оригинале)» [21, с. 91–92]. В предисловии к третьему изданию книги А. Маслоу «Мотивация и личность» (первое вышло в 1954 году) Роберт Фрайгер отмечает, что «по А. Маслоу все человеческие потребности можно представить в виде иерархической структуры, начиная с физиологических потребностей – в воздухе, пище и воде. Затем идут четыре уровня психологических потребностей – в безопасности, любви, уважении и самоактуализации. А. Маслоу доказывает, что наши высшие потребности так же реальны и являются такой же неотъемлемой частью человеческой натуры, как и потребность в пище» [45, с. 13–14]. Приведем здесь широко известную так называемую «Пирамиду А. Маслоу»:



Человек, – по определению президента Международного общества логотерапии и экзистенциаль-

¹⁹ Об этом же пишет и И. Ялом: «Когда и эти потребности удовлетворены, то индивид обращается к удовлетворению потребностей в самоактуализации, состоящих из когнитивных потребностей – в знании, ин사이트е, мудрости – и эстетических потребностей – в симметрии, согласованности, интеграции, красоте, медитации, творчестве, гармонии [110, с. 490].

²⁰ А вот высказывание самого А. Маслоу: «Самоактуализирующиеся люди не имеют неудовлетворенных базовых потребностей... Они работают, борются, проявляют инициативу, хотя и не совсем в обычном смысле. Мотивацией для них является личностный рост, самовыражение, созревание и развитие, одним словом, самоактуализация» [45, с. 195].

ного анализа Альфрида Лэнгле, – это существо, которое поддаётся не только влиянию природы, но и способно самостоятельно определять свои действия и формировать себя, исходя из своей внутренней структуры... В западной (но очевидно также и восточной) традиции это измерение часто рассматривают как то, которое делает человека личностью, наделяет его достоинством [42, с. 193]. Важнейшим качеством человека как биологического вида Пьер Тейяр де Шарден считает рефлексию. По его определению, «рефлексия – это приобретенная сознанием способность сосредоточиться на самом себе и овладеть самим собой как *предметом*, обладающим своей специфической устойчивостью и своим специфическим значением, – способностью уже не просто познавать, а познавать самого себя, не просто знать, а знать, что знаешь. Путём этой индивидуализации самого себя внутри себя живой элемент, до того распылённый и разделённый в смутном кругу восприятий и действий, впервые превратился в точечный *центр*, в котором все представления и опыт связываются и скрепляются в единое целое, осознающее свою организацию... Рефлексирующее существо в силу самого сосредоточивания на самом себе внезапно становится способным развиваться в новой сфере. В действительности это возникновение нового мира. Абстракция, логика, обдуманный выбор и изобретательность, математика, искусство, рассчитанное восприятие пространства и длительности, тревоги и любви... Вся эта деятельность *внутренней жизни* – не что иное, как возбуждение вновь образованного центра, воспламеняющегося в самом себе (курсив в оригинале)» [75, с. 136]. И продолжает: «Рефлектирующий психический центр, однажды сосредоточившись на себе, может продолжать существование лишь путём единого двустороннего развития, которое состоит в дальнейшем самососредоточении вокруг себя остального мира, путём установления в окружающей реальности всё более стройной и лучше организованной перспективы» [75, с. 142]. А вот мнение по поводу рефлексии Пьера Жане: «Мышление в своей эволюции сделало возможной рефлексию. Рефлексия – это внутреннее размыщление, которое возникает в момент осуществления разных тенденций, даже забытых или же тех, которые мы не хотим претворять в жизнь». Персонаж благодаря рефлексии преодолевает свою изменчивость и становится более стабильным. Нам это хорошо знакомо. Человек, обладающий способностью рефлексии и мышления, относительно устойчив... Личность движется в направлении стабильности, постоянства, внутреннего единства и целостности» [31, с. 286-287]. У лю-

дей с низким уровнем рефлексивного самосознания, по мнению Г. Кристала, «постоянно будут доминировать инфантильные реакции» [34, с. 88]. Самовосприятие и самопонимание, – определяет М. Бубер, – чисто человеческие свойства, вторжение в природу, во внутреннюю судьбу человека [10, с. 135]. Преимущество человека перед прочими существами природы, – по мысли В. Соловьева, – способность познавать и осуществлять истину – не есть только родовая, но и индивидуальная: *каждый* (курсив – В. Соловьева) человек способен познавать и осуществлять истину, каждый может стать живым отражением абсолютного целого, сознательным и самостоятельным органом всемирной жизни [71, с. 17]. По мнению И. Ялома, «любой индивидуум обладает изначально заложенной в него склонностью к росту и самореализации» [109, с. 79]. К. Роджерс считал, что в основе человека лежит стремление к положительным изменениям и имеет «тенденцию развиваться в особом направлении... Наиболее верно это направление можно определить следующими словами: позитивное, конструктивное, направленное к самоактуализации, зрелости, социализации [64, с. 68].²¹ Описывая процессы самовосприятия, М. Бубер ссылается на Э. Гуссерля, который, с его слов, утверждает, что «человечество, борющееся за самопонимание, есть величайший исторический феномен. Поэтому, говорит Э. Гуссерль, те события, которые, как принято считать, обновляют лицо земли и дают работу летописцам, значат куда меньше, чем предпринимаемые в тишине и едва ли заметные историку непрестанные усилия человеческого духа понять тайну человеческого бытия. Эти усилия Э. Гуссерль называет борьбой. Речь идёт о том, что человеческий дух сталкивается с величайшими трудностями, с гигантским сопротивлением той проблемной материи, над понимаем которой он бьётся, т.е. своего собственного существа; что он должен одолеть их в схватке, которая продолжается с первых дней истории, а сама история этой схватки есть история величайшего из всех исторических феноменов» [11, с. 194]. Было бы наивно предполагать, – предупреждает нас К. Роджерс, – что деятельность организма плавно разворачивается в направлении самоукрепления и роста. Возможно, правильнее было бы сказать, что организм движется к самоукреплению и росту через муки и борьбу [65, с. 37].

«В течение всей своей жизни, – утверждает А. Штейнзальц, – человек постоянно задаёт себе один и тот же вопрос. Этот коренной вопрос бытия составляет основу его поиска самого себя, своего истинного «Я», – поиска, который начинается с пер-

²¹ «Self-actualisation» переводится как «самоактуализация» – стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих возможностей и способностей. Этот термин использовался К. Гольдштейном, А. Маслоу и К. Роджерсом, в то время как другие психологи употребляли такие термины, как «self-realisation» (самореализация) или «self-fulfillment» (реализация своих возможностей) [64, с. 37 (примечание редактора)].

вым проблеском сознания и не прекращается до последнего вздоха. Вопрос этот все формулируют для себя по-разному, и для каждого человека в новом периоде его жизни он звучит иначе, чем в предыдущем. Пытаясь найти ответ на свой вопрос, один должен построить изощренную философскую систему, создать сложнейшую теорию, у другого же этот вопрос проходит по периферии сознания – однако каждый неизбежно спрашивает себя: «Кто я? Откуда я пришёл? Куда я иду?» С раннего детства человек пытается определить границы своей индивидуальности, понять, что же именно отличает его от всего остального в мире. Даже тогда, когда нам кажется, что ответ элементарен, а сама проблема представляется не заслуживающей внимания, этот вопрос продолжает подсознательно мучить и волновать каждого из нас. Фактически, что бы ни исследовал человек – самого себя или окружающий его мир, – среди бесчисленных ответов на различные вопросы он, как правило, ищет ответ на единственный вопрос: «Кто я?» Для этого поиска необходимы время и глубокий самоанализ, чтобы перебрать великое множество идей, теорий и тщательно разработанных интеллектуальных схем. Часто человек уверен в том, что может удовлетвориться и неполными ответами, что его знаний уже достаточно для того, чтобы ориентироваться в окружающей жизни. Таким путём он стремится уйти от основного вопроса, хотя ответ на него придал бы смысл всему остальному. Причина тому – страх, который внушиает этот вопрос, ибо он не только предполагает множество разнообразных ответов, но и тянет за собой нескончаемую вереницу других, казалось бы, неразрешимых вопросов. А это – бездна, куда мы страшимся заглянуть. Поэтому зачастую люди стремятся затеряться в круговороте повседневности, проводят жизнь в удовлетворении своих сиюминутных потребностей – лишь бы оттянуть поиски ответа на вопросы: «Кто я, желающий столь многого? Почему я так отчаянно стремлюсь свои желания удовлетворить?» [103, с. 116–117]. М. Бубер указывает, что существует «фундаментальное знание, которое, хотя и в различной степени и на различном уровне сознательности, присуще всем людям (по большей части им пренебрегающим): это знание отдельного человека о том, кто он в подлинном смысле есть и каким он должен быть, как это имелось в виду в единовременном и единичном акте его тво-

рения. Когда это знание актуализируется, появляется возможность постоянно его сравнивать с тем, чем человек является на самом деле, и имеющее место в действительности может тогда сопоставляться с образцом: не так называемым идеальным образом, не с чем-то пригревшимся, но проявляющимся из тайны бытия самого того, что называют личностью» [12, с. 398–399]. Преимущество человека состоит, – по мнению И. Г. Фихте, – в способности по собственной свободной воле давать потоку своих идей определенное направление, и чем больше человек осуществляет это преимущество, тем более он человек... Прояснение свободы в мышлении, равно как и проявление свободы воли, есть внутренняя составляющая его личности, есть необходимое условие, при наличии которого он может сказать: я *есмь*, я самостоятельное существо [81]. Чтобы ориентироваться в собственной жизни, – разъясняет А. Лэнгле, – нужно полагаться на свои чувства. В противном случае мы будем зависимы от предписаний, авторитетов, порядков, которые будут указывать нам, что нужно делать [40, с. 36].²² И продолжает: «Но мы уверены, что достойной доверия основой для принятия решений и выбора будущей жизни является чувственное проникновение, «чутьё на правильное». Мы должны полагаться на свое чутьё – иначе мы будем жить чужой жизнью. Выбор зависит от нас... Тот, кто не открыт для ценного в ситуации, тот вскоре почувствует пустоту, которая будет действовать угнетающе на самочувствие и настроение» [40, с. 41] В мире же с явным дефицитом ценностей, – пишет А. Лэнгле в другой работе, – мире, полном страданий, где ничего не может быть пережито, как ценное, и ничего не может быть создано, как ценное, человек остается наедине с единственной доступной для него ценностью – ценностью своего бытия как человека. Таким образом, воплощающая ценности отношений, человек больше не обращает самотрансцендентно внимание на мир, а концентрируется на самом себе. Но человек должен уметь и это – чувствовать себя в своей самоценности. В противном случае он будет не способен воспринимать ценности переживания и творческие ценности в мире [41, с. 77]... Ценности – и в этом состоит их главное значение для человека – *стимулируют изменение в человеке*: часть мира входит в его жизнь, становится действительностью / реальностью его мира. Ценности – это духовная

²² «Нет ничего более жалкого, – считает Н. А. Бердяев, – чем утешение, связанное с прогрессом человечества и блаженством грядущих поколений... Ничто «общее» не может утешить «индивидуальное» в его несчастной судьбе... Если представить себе совершенно вечную жизнь, божественную жизнь, но тебя там не будет и любимого тобой человека не будет, ты в ней исчезнешь, то эта совершенная жизнь лишается всякого смысла. Смысл должен быть соизмерим с моей судьбой. Объективированный смысл лишен для меня всякого смысла. Смысл может быть лишь в субъективности, в объективности есть лишь издевательство над смыслом. Поразительно, что люди с такой легкостью подчиняются преподносимому им смыслу, не имеющему, в сущности, никакого отношения к их неповторимой индивидуальной судьбе. Мировая гармония, торжество мирового разума, прогресс, благо и процветание всякого рода коллективов, государств, наций, обществ: сколько идолов, которым подчиняют человека или он сам себя подчиняет!» [3, с. 552–553].

пища человека, «двигатель» в его жизни, то, что может согреть сердце. Подобно питанию, ценности встраиваются в жизненную действительность человека и становятся частью его личности, составляют историю ее развития [41, с. 81–82]… Позиция по отношению к собственной жизни (как правило, не высказываемая и неосознанная) есть та *основа*, на которой базируются ценности, и к которой они относятся… Базовая ценность – это субъективно ощущаемое первичное качество жизни… Именно отношение к существу бытию в мире и есть «жизнь». Сколько человек жив, столько он и переживает ценности. Ощущение ценностей неотделимо от жизни человека, так как человек не может избавиться от отношения к своему бытию. То, что не может жить человек, так это не иметь никаких ощущений ценностей, даже если он не всегда это осознает (курсив – в оригинал)» [41, с. 93]. «Все индивидуумы, принадлежащие к человеческому роду, – заметил И.Г. Фихте, – отличны друг от друга; только в одном они вполне сходятся: это их последняя цель – совершенство» [80, с. 24]. Вот мнение Р. Мэя по поводу мыслей Ф. Ницше: «Его понятие «воля к власти» подразумевает самореализацию индивида в самом полном смысле. Она требует смелости прожить весь индивидуальный потенциал конкретного существования» [52, с. 134]. Полное название последней работы Ницше, – акцентирует наше внимание Р. Мэй [52, с. 135], – выглядит так: «Ecce homo, Wie man wird, was man ist» – «Как человек становится тем, кем он является» [55]. Но человек тем-то и выделяется по преимуществу между прочими тварями, – замечает В. Соловьев, – что он хочет и может становиться выше себя самого; его отличительный признак есть именно эта благородная неустойчивость, способность и стремление к бесконечному росту и воззванию [70, с. 88]. П. Тейяр де Шарден отмечает «то замечательное положение, что наш дух благодаря своей способности открывать впереди себя бесконечные горизонты может действовать далее, лишь имея надежду достичь какой-то стороной самого себя высшего совершенства, без которого он чувствовал бы себя искаженным, неудавшимся, то есть обманутым… Чем больше человек будет становиться человеком, тем меньше он согласится на что-либо иное, кроме бесконечного и неистребимого движения к новому. В сам ход его действия включается что-то «абсолютное»… Как наш разум, случайно открыв перспективы пространства-времени, не может избавиться от этого, так наши губы не смогут забыть однажды испробованного вкуса универсального и прочного прогресса» [75, с. 184–185]. «Мы не боремся, – признает в своей автобиографии Норберт Винер, – за определенную победу в неопределенном будущем. Самая великая из возможных побед – это возможность быть, свершиться. Никакое поражение не может отнять у нас успех существования в какой-то момент времени во Вселенной,

которая кажется равнодушной к нам» (цит. по [52, с. 578]). Сёрен Кьеркегор призывал каждого «быть тем «Я», которым ты действительно являешься» (цит. по [64, с. 215]). Свобода быть собой, как считает К. Роджерс, – свобода с пугающей ответственностью [64, с. 220]. Ничто не может, – утверждает П. Тиллих, – направлять действия «решившегося» индивида – ни Бог, ни социальные условности, ни законы разума, ни нормы или принципы. Мы должны быть самими собой, мы должны решать, куда идти. Наша совесть – это призыв к нам самим. Этот призыв не сообщает нам ничего конкретного, он не есть голос Бога или осознание вечных принципов. Он зовёт нас к нам самим [76, с. 105] Обсуждая некоторые аспекты философии Ж.П. Сартра, П. Тиллих говорит: «Я имею в виду, прежде всего, его тезис: «Сущность человека есть его существование». Это изречение, как луч света, освещает всю сцену экзистенциалистского творчества. Его можно было бы назвать самым отчаянным и самым мужественным изречением во всей экзистенциалистской литературе. Оно означает, что человек не обладает сущностной природой: он обладает лишь возможностью сделать из себя то, что захочет. Человек сам создает то, что он есть. И ему не дано ничего, что обусловливает этот творческий процесс. Сущность его бытия – императивы «надо», «следует» – это не то, что он находит, а то, что он создает. Человек – это то, что он из себя делает. А мужество быть собой – это мужество быть тем, кем ты решил быть» [76, с. 106]. Понятие «самоактуализация», – пишет И. Ялом, – это современная формулировка древней идеи, высказанной ещё Аристотелем в IV веке до н.э., в связи с его системой телеологической причинной связи. У Аристотеля эта идея выглядела как доктрина внутренней обусловленности, согласно которой надлежащая цель или задача каждого объекта и каждого существа заключается в том, чтобы осуществиться, реализовать собственное бытие [110]. То, что каждое человеческое существо обладает уникальным набором потенциальных возможностей, которые стремятся быть воплощенными, – древняя идея, – указывает И. Ялом, – «Энтелихия» Аристотеля относилась к полному осуществлению потенциальной возможности. Четвертый смертный грех, праздность, или леность, многими мыслителями интерпретировался как «грех не делания в своей жизни того, что, как известно человеку, он может делать». Это крайне популярная в современной психологии концепция, обнаруживаемая в работах почти каждого современного гуманистического или экзистенциального теоретика или терапевта. Она появлялась под многими названиями («самоактуализация», «самореализация», «саморазвитие», «раскрытие потенциала», «рост», «автономия» и т.д.), но основополагающая идея проста: каждое человеческое существо обладает прирожденными способностями и потенциями, и, более того, исходным знанием об этих

потенциях. Тот, кому не удается жить настолько полно, насколько возможно, испытывает глубокое, сильное переживание, которое я называю здесь «экзистенциальной виной» [110, с. 315-316]. И. Ялом пишет: «Я определил экзистенциальную вину как вызванную преступлением человека против самого себя; она обусловлена сожалением, осознанием непрояженной жизни и неиспользованных внутренних возможностей» [110, с. 363]. Из различных типов совершенства, – продолжает И. Ялом, – к которому надо стремиться, высшей формой совершенства Аристотель (и начавшаяся с него рациональная интеллектуальная традиция) считал интеллектуальное совершенство... В XII веке Моисей Маймонид²³ в «Руководстве растерянным» описал четыре принципиальных способа стремления к совершенству. Он отверг первый из них – совершенствование материальной собственности – как дело воображаемое и ненадежное, и второй – совершенствование тела – как не позволяющий провести различие между человеком и животным. Третий путь – нравственное совершенствование он находил заслуживающим похвалы, но ограниченным в том смысле, что он служит больше другим, чем самому человеку. Четвёртый – совершенствование разума он считал «подлинно человеческим совершенствованием», через которое «человек становится человеком». Интеллектуальное совершенство – конечная цель... [110, с. 475]. Р. Мэй определяет «бытие» как *индивидуальную уникальную совокупность* (курсив – Р. Мэя) возможностей человека [51, с. 22–23]. Согласно утверждению П. Тиллиха, «бытие человека – как онтическое, так и духовное – не просто дано ему, но и предъявлено ему как требование. Человек несёт ответственность за свое бытие. Буквально это означает, что человек обязан дать ответ на вопрос о том, что он из себя сделал. Тот, кто задаёт ему этот вопрос, есть его судья: этот судья есть он сам, который в тоже время противостоит ему. Такая ситуация порождает тревогу, которая в относительном смысле есть тревога вины, а в абсолютном смысле – тревога отвержения себя и осуждения. Человек по своей природе есть «конечная свобода»; свобода здесь понимается не как неопределенность, а как способность определять себя путём принятия решений в центре своего бытия. Человек как конечная свобода свободен в рамках случайностей, заданных его конечностью. И в этих рамках человек призван сделать из себя то, чем он должен стать, т.е. исполнить

своё предназначение. Всяким актом нравственного самоутверждения человек способствует исполнению своего предназначения, т.е. актуализации того, что он есть потенциально» [76, с. 40-41].²⁴ И. Ялом приводит слова хасидского раввина Сашья (Susya), который незадолго до своей смерти сказал: «Когда я приду на небеса, там не спросят меня: «Почему ты не был Моисеем?» Вместо этого меня спросят: «Почему ты не был Сашьей? Почему ты не стал тем, кем мог стать только ты?» [110, с. 314].

Карл Роджерс, ссылаясь на А. Маслоу, подчёркивает, что «люди с самоактуализацией обладают чудесной способностью снова и снова свежо и непосредственно переживать основные ценности жизни с чувством благоговейного страха, удовольствия, удивления и даже экстаза, несмотря на то, что для других людей в этих случаях чувства давно уже утратили свою свежесть» [64, с. 223]. Заканчивая свою книгу «Человек для себя», Э. Фромм говорит: «Решение остаётся за человеком. Оно зависит от его способностей серьёзно относиться к себе, своей жизни и счастью, от его готовности смело смотреть в лицо моральной проблеме – своей и своего общества. Оно зависит от его решимости быть самим собой и для себя» [90, с. 239] «Если человек, – пишет он в другой работе, – сможет реализовать свой внутренний потенциал в спонтанной активности и таким образом соединит себя с миром, то он избавится от одиночества: индивидуум и окружающий его мир сольются воедино: человек займет своё место под солнцем и поэтому больше не будет испытывать сомнений относительно смысла жизни и себя самого. Подобные сомнения – следствие его одиночества, тесноты его жизни; если же человек находит в себе силы жить не по принуждению, не автоматически, и спонтанность станет основной движущей силой его активности, сомнения исчезнут сами собой. Человек начинает понимать, что он – это полноценная, активная, творческая, личность, и что *единственный смысл жизни – это сама жизнь*» (курсив – Э. Фромма) [88, с. 336].^{25, 26} «То, что называется смертью, – декларирует И. Г. Фихте, – не может уничтожить моего творения, потому что моё творение должно быть закончено, и оно не может быть ни в какое время закончено, следовательно, для моего существования не определено какое-нибудь время, и я вечен. Вместе с принятием той великой задачи я привлек вечность к себе. Я смело поднимаю вверх голову, к грозным скалистым горам, и к

²³ Выдающийся философ, врач и разносторонний ученый своей эпохи (1135-1204 гг.).

²⁴ Объективности ради приведем мнение З. Фрейда: «Нельзя ведь никому ставить в упрек, что он не исполнил того, чего он никогда не обещал» [84, с. 415].

²⁵ Как отмечал К.Г. Юнг, «важность обретения индивидуального смысла жизни будет, возможно, отрицать тот, кто как социальное существо находится ниже общего уровня приспособленности, а уж тот, чье честолюбие не поднимается выше разведения скота, будет это делать наверняка» [108, с. 84].

²⁶ Важнейший вывод, сделанный П. Тиллихом в его классической работе, таков: «Мужество, принимающее тревогу отсутствия смысла на себя, – вот граница, до которой способно дойти мужество быть» [76, с. 131].

бушующему водопаду, и к гремящим, плавающим в огненном море облакам и говорю: я вечен, я противоборствую вашей мощи. Падите все на меня, и ты, земля, и ты, небо, смешайтесь в диком смятении, и вы, все стихии, пеняйтесь и бушуйте и сотрите в дикой борьбе последнюю солнечную пылинку тела, которое я называю моим, – одна моя воля со своим твердым планом должна мужественно и ходконоситься над развалинами мира, так как я принял мое назначение, и оно прочнее, чем вы, оно вечно, и я вечен, как оно» [170, с. 37]. «Высокое назначение моего рассудка, – продолжает он, – наполняет меня благоговением. Он оказывается не пустым и созданным играющим создателем из ничего, он дан мне для великой цели. Мне доверено разви-

тие моего рассудка во имя этой цели, оно в моей власти, и от меня потребуется это развитие» [79, с. 153]. «Так живу я и так существую, – заканчивает И.Г. Фихте свою книгу «Назначение человека», – неизменный, твёрдый и завершённый на всю вечность, ибо это бытие не воспринято извне; оно моё собственное единственно истинное бытие и моя собственная единственно истинная сущность» [79, с. 215].

«Какое чудо природы человек! – восклицает Гамлет. – Как благородно рассуждает! С какими безграничными способностями! Как точен и поразителен по складу и движеньям! В поступках как близок к ангелу. В возвреньях как близок к Богу! Краса вселенной! Венец всего живущего!» [99, с. 173].

Список использованной литературы:

1. Безносюк Е.В., Князева М.Л. *Психологический анализ и психопатологические феномены современной культуры* // *Российский психиатр. журн.* – 2003. – № 5. – С. 4-14.
2. Бердяев Н.А. *Русская идея / Самопознание: Сочинения*. – М: ЗАО «Изд. ЭКСМО-Пресс»; Харьков: Изд. «Фолио». 1998. – С. 11-248. Серия «Антология мысли».
3. Бердяев Н.А. *Самопознание / Самопознание: Сочинения*. – М: ЗАО «Изд. ЭКСМО-Пресс»; Харьков: Изд. «Фолио». 1998. – С. 249-566. Серия «Антология мысли».
4. Бертон Р. *Анатомия меланхолии*. // *Независимый психиатрический журнал*. – 2005. – № 2. – С. 88-90.
5. Большой толковый словарь современного русского языка / Под ред. Д.Н. Ушакова. – М.: ACT, Астремль, 2004. – 1268 с.
6. Бродский И. *Меньше единицы: Избранные эссе* / Пер. с англ. – М.: Изд. Независимая Газета, 1999. – 472 с. – (Серия «Эстетика»).
7. Бродский И. *Нобелевская лекция* // *Сочинения Иосифа Бродского. Том 1*. – 2-е изд. – СПб.: Пушкинский фонд, 1998. – С. 5-16.
8. Бродский И. *Похвала скуке. Речь перед выпускниками Дортмутского колледжа в июне 1989 года* // *Знамя*. – 1996. – № 4. – С. 9-13.
9. Бубер М. *Диалог // Два образа веры: сб.* / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма», Изд. ACT, 1999. – С. 93-124.
10. Бубер М. *Образы добра и зла // Два образа веры: сб.* / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма», Изд. ACT, 1999. – С. 125-144.
11. Бубер М. *Проблема человека // Два образа веры: сб.* / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма», Изд. ACT, 1999. – С. 157-232
12. Бубер М. *Религия и этика // Два образа веры: сб.* / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма «Издательство ACT», 1999. – С. 512-526.
13. Бунин И. *Одиночество // Русская лирика XIX века*. – М.: Художественная литература, 1986. – 430 с.
14. Веллер М. *Кассандра*. – М.: ООО Издательство «ACT МОСКВА», 2010. – 399 с.
15. Волков С. *Диалоги с Иосифом Бродским*. – М.: Изд. Независимая газета, 2000. – 328 с.
16. Выготский Л.С. *Мысль и слово // Психология развития как феномен культуры. Избранные психологические труды* / Под ред. М.Г. Ярошевского. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж» НПО «МОДЭК», 1996. – С. 393-470.
17. Выготский Л.С. *Проблема развития высших психических функций // Психология развития как феномен культуры. Избранные психологические труды* / Под ред. М.Г. Ярошевского. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж» НПО «МОДЭК», 1996. – С. 219-261.
18. Галич А.А. *Песенка о Диком Западе, или письмо в Москву, переправленное с оказией // Дни бегут, как часы: Песни, стихотворения*. – М.: Изд. Локид, Изд. ЭКСМО-Пресс, 2000. – 384 с.
19. Гегель. *Философия духа / Энциклопедия философских наук*. – М.: «Мысль», 1977. – Т. 3. – С. 387.
20. Гете И.В. *Фауст. Трагедия*. – Мн.: «Нар. асвета», 1971. – 288 с.
21. Годфруа Ж. *Что такое психология: В 2-х т. – 2-е изд., стереотипное. Т. 1 / Пер. с фр.* – М.: Мир, 1996. – 496 с.
22. Гончаров А.И. *Обломов: Роман*. – СПб.: Художественная литература, 1993. – 496 с.
23. Губерман И. *Гарики на каждый день. / Камерные гарики. Прогулки вокруг барака. Сибирский дневник. Гарики на каждый день*. – Екатеринбург: Изд. «У-Фактория», 1999. – С. 394-591.

-
-
24. Губерман И. Камерные гарики / Камерные гарики. Прогулки вокруг барака. Сибирский дневник. Гарики на каждый день. – Екатеринбург: Изд. «У-Фактория», 1999. – С. 4-66.
25. Гумилев Н.С. Слово / Твои серебряные крылья: Стихотворения. – М.: Эксмо, 2010. – 384 с.
26. Даль В.И. Пословицы русского народа. – М.: Государственное издательство ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, 1957. – 991 с.
27. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка: в четырех томах. Т. IV. – М.: «Русский язык», 1991. – 683 с.
28. Достоевский Ф.М. Записки из мертвого дома // Собр. соч. в 15 т. Т. 3. – Л.: Наука, 1988. – С. 205-481.
29. Достоевский Ф.М. Записки из подполья // Собр. соч. в двенадцати томах. Т. 2. – М.: Наука, 1982. – С. 400-504.
30. Дудко Т.Н. Динамика развития медико-социальной реабилитационной помощи наркологическим больным в Российской Федерации // Материалы научно-практической конференции «Наркология – 2010». – М., 2010. – С. 54-56.
31. Жане П. Психологическая эволюция личности / Пер. с фр. – М.: Академический Проект, 2010. – 399 с. – (Психологические технологии).
32. Камю А. Абсурдное рассуждение // Бунтующий человек. Философия. Политика. Искусство / Пер. с фр. – М.: Политиздат, 1990. – С. 24-59. – (Мыслители XX века).
33. Кисель М.А. Философская эволюция Ж.-П. Сартра. – Л.: Лениздат, 1976. – 240 с.
34. Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. – М.: Класс, 2004. – С. 80-118.
35. Кундера М. Подлинность // Неспешность. Подлинность: Романы / Пер. с фр. – СПб: Азбука-классика, 2002. – С. 137-281.
36. Кьеркегор Сёрен. Афоризмы эстетика // Наслаждение и долг. – Ростов – на - Дону: Изд. «Феникс», 1998. – С. 7-32.
37. Кьеркегор С. Заключительное ненаучное послесловие к «Философским крохам» / Пер. с дат. – СПб.: Изд. СПБУ, 2005. – 679 с.
38. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
39. Лебедь Е.И., Юрьев Г.П., Пронин М.А. Синдром жизненного истощения: алгоритм диагностики и коррекции // Психич. здоровье. – 2006. – № 12. – С. 44-45.
40. Лэнгле А. Могу ли я положиться на свои чувства? // Эмоции и экзистенция: сб. тр. / Пер. с нем. – Харьков: Изд. Гуманитарный Центр, 2007. – С. 16-41.
41. Лэнгле А. Прикосновение к ценности – значение и влияние чувствования в экзистенциально-аналитической терапии // Эмоции и экзистенция: сб. тр. / Пер. с нем. – Харьков: Изд. Гуманитарный Центр, 2007. – С. 76-124.
42. Лэнгле А. Психодинамика – защитная сила души. Понимание и терапия с позиции экзистенциального анализа // Эмоции и экзистенция: сб. тр. / Пер. с нем. – Харьков: Изд. Гуманитарный Центр, 2007. – С. 181-222.
43. Макаров В.В., Макарова Г.А. Сценарии персонального будущего. – М.: Академический Проект; Гаudeamus, 2008. – 383 с. – (Психотерапевтические технологии под ред. проф. В.В. Макарова).
44. Мандельштам О.Э. Слово и культура / Сочинения. В 2-х т, Т. 2. Проза. – М.: Художественная литература, 1990. – С. 167-172.
45. Маслоу А. Вопросы новой психологии // Мотивация и личность / Пер. с англ. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 352 с.
46. Миллер Г. Sexus: Роман / Пер. с англ. – СПб.: Изд. «ЛИК», 1994. – 559 с.
47. Миллер Г. Плексус: Роман / Пер. с англ. – СПб.: Лимбус Пресс, 1999. – 624 с.
48. Монтень М. Опыты: в 3 кн. – СПб.: Кристалл, Респекс, 1998. – Кн. 1-2. – 960 с.
49. Моравиа А. Чочара. Скука: Романы / Пер. с итал. – М.: Изд. ЭКСМО-Пресс, 2002. – 544 с. – (Серия «Двадцатый век »).
50. Мэй Р. Вклад экзистенциальной психотерапии // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст. / Пер. с англ. – М.: Апрель Пресс; Изд. ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 141-200. – (Серия «Психологическая коллекция»).
51. Мэй Р. Возникновение экзистенциальной психологии // Экзистенциальная психология: сб. ст. / Пер. с англ. – Львов: Инициатива; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2005. – С. 7-60. – (Серия «Psychologia vera»).
52. Мэй Р. Истоки экзистенциального направления в психологии и его значение // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст. / Пер. с англ. – М.: Апрель Пресс; Изд. ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 105-140. – (Серия «Психологическая коллекция»).
53. Ницше Ф. Веселая наука. – М.: ЭКСМО-пресс, 1999. – 574 с. – (Серия «Антология мудрости»).
-
-

-
-
54. Ницше Ф. Человеческое, слишком человеческое: Книга для свободных умов / Пер. с нем. – СПб.: Издательская Группа «Азбука-классика», 2010. – 384 с.
55. Ницше Ф. Ессо Ното // По ту сторону добра и зла; Казус Вагнера; Антихрист; Ессо Ното: сб. ст. / Пер. с нем. – Минск: ООО «Попурри», 1997. – 544 с.
56. Оз А. Повесть о любви и тьме: роман / Пер. с иврита. – СПб.: Амфора. ТИД Амфора, 2009. – 748 с.
57. Ошо. Игра жизни. Таро в духе Дзен. – М.: ACT, 2009. – 218 с.
58. Паскаль Б. Мысли // Библиотека всемирной литературы. – М.: Худ. литература, 1974. – Т. 42. – С. 109-186.
59. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. – 2009. – № 10. – С. 85-92.
60. Пушкин А.С. Арап Петра Великого // Сочинения. – М.: Эксмо, 2009. – С. 585–603.
61. Пушкин А.С. Зима // Русская лирика XIX века. – М.: Художественная литература, 1986. – 430 с.
62. Пушкин А.С. Элегия // Русская лирика XIX века. – М.: Художественная литература, 1986. – 430 с.
63. Рерих Н. Время // Врата в будущее. – Рига: Виеда, 1991. – С. 149-153.
64. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
65. Роджерс К. Теория личности // Клиентоцентрированная терапия: сб. тр. / Пер. с англ. – М.: Рефлбук; К.: Ваклер, 1997. – С. 28-83. – Серия «Актуальная психология».
66. Русский сонет: XVIII – начало XX века. – М.: «Московский рабочий», 1983. – 557 с.
67. Сартр Ж.П. Слова. // Что такое литература. Слова, сб. / Пер. с фр. – Минск: ООО «Попурри», 1999. – С. 261-446.
68. Сартр Ж.П. Что такое литература? // Что такое литература? Слова: сб. / Пер. с фр. – Минск: ООО «Попурри», 1999. – С. 5-258.
69. Сас Т. Миф душевной болезни / Пер. с англ. – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2010. – 421 с. – (Психологические технологии).
70. Соловьев Вл. Жизненная драма Платона // Русский Эрос, или философия любви в России: сб. ст. – М.: Прогресс, 1991. – С. 77-91.
71. Соловьев Вл. Смысл любви. – Киев: Лыбидь-АСКИ, 1991. – 64 с.
72. Спиноза Б. Этика. – Минск: Харвест, М.: ACT, 2001. – 336 с.
73. Стендаль. О любви / Пер. с фр. – Минск: Выш. Школа, 1979. – 232 с.
74. Тардье Эмиль. Скука: психологическое исследование / Пер. с фр. – М.: Издательство ЛКИ, 2007. – 256 с. (Из наследия мировой психологии).
75. Тейяр де Шарден П. Феномен человека. – М.: Устойчивый мир, 2001. – 232 с.
76. Тиллих П. Мужество быть // Избранное: Теология культуры / Пер. с англ. М.: Юрист, 1995. – С. 7-131. – (Лики культуры).
77. Токарева В.С. Паша и Павлуша / Перелом: Рассказы. – М.: «Изд. ACT», 2000. – 416 с.
78. Уайльд О. Портрет Дориана Грея: роман / Пер. с англ. – М.: Астрель: ACT, 2011. – 316 с.
79. Фихте И.Г. Назначение человека // Несколько лекций о назначении ученого; Назначение человека; Основные черты современной эпохи: Сборник / Пер. с нем. – Минск: ООО «Попурри», 1998. – С. 61-215.
80. Фихте И.Г. Несколько лекций о назначении ученого // Несколько лекций о назначении ученого; Назначение человека; Основные черты современной эпохи: Сборник / Пер. с нем. – Минск: ООО «Попурри», 1998. – С. 3-60.
81. 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.
82. Франкл В. Психотерапия на практике / Пер. с нем. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
83. Фрейд З. Будущее одной иллюзии / Психоаналитические этюды. – Минск: «Попурри», 2007. – С. 481-525.
84. Фрейд З. Леонардо да Винчи. Воспоминание детства / Психоаналитические этюды. – Минск: Беларусь, 1991. – С. 370-422.
85. Фрейд З. Остроумие и его отношение к бессознательному. – СПб.; М.: Университетская книга; ACT, 1997. – 129 с.
86. Фрейд З. Психология масс и анализ человеческого Я / Психоаналитические этюды. – Минск: 1991. – С. 422-481.
87. Фромм Э. АнATOMия человеческой деструктивности / Пер. с англ. – Минск: ООО «Попурри», 1999. – 624 с.
88. Фромм Э. Бегство от свободы. – Минск: Харвест, 2003. – 384 с. – (Философия. Психология).
89. Фромм Э. Иметь или быть? Ради любви к жизни / Пер. с англ. – М.: Айрис-пресс, 2004. – 384 с. – (Человек и мир).
-
-

-
-
90. Фромм Э. Человек для себя / пер. с англ. и послесл. Л.А. Чернышевой. – Минск: «Коллегиум», 1992. – 253 с.
91. Хайдеггер М. Бытие и время / Пер. с нем. – 3-е изд. – СПб.: Наука, 2006. – 451 с.
92. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / Пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2008. – 208 с.
93. Цвейг С. Вчераиний мир. Воспоминания европейца. – М.: Вагриус, 2004. – 349 с.
94. Цицерон. О дивинации // Философские трактаты: сб. тр. – М.: Наука, 1985. – С. 191-298.
95. Чадаев П.Я. Философические письма. Отрывки и разные мысли. – М.: ACT: ACT МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006. – 254 с. – (Философия. Психология).
96. Честерфилд. Письма к сыну. Максимы. Характеры. – Л.: «Наука», 1971. – 351с.
97. Чехов А.П. Драматургия. Письма. – Воронеж: Изд. ВГУ, 1983. – 512 с.
98. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство: в 2 кн. – 2-е изд., испр. – М.: «Захаров», 2010. – Кн. 1: Человек и самоубийство. – 464 с.
99. Шекспир. Гамлет / Пер. с англ. Б. Пастернака // Избранное. – М.: ACT: Астрель, 2009. – С. 123-268.
100. Шопенгауэр А. Афоризмы для усвоения житейской мудрости // Афоризмы и максимы: сб. – Л.: Изд. ЛГУ, 1990. – 288 с.
101. Шопенгауэр А. Мир как воля и представление. Собрание сочинений в 5 т. – М.: Изд. «Московский клуб», 1992. – Т. 1. – 395 с.
102. Шпенглер О. Закат Европы: Очерки морфологии мировой истории. Т. 2. Всемирно-исторические перспективы / Пер. с нем. – Мн.: ООО «Попурри», 1999. – 720 с.
103. Штейнзальц А. Роза о тринацати лепестках / Пер. с англ. – М.: Институт изучения иудаизма в СНГ, 2006. – 254 с.
104. Эмерсон Р. Нравственная философия. – Мн.: Харвест; М.: ACT, 2000. – 384 с.
105. Юдсон М. «Отъезд из языка – это дар» [Интервью с Михаилом Шишкным] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.club.sunround.com/22/159_judson_msh.htm. – Дата доступа: 11.06.2011.
106. Юнг К.Г. Об отношении аналитической психологии к поэтико-художественному творчеству // Архетип и символ: сб. – М.: Ренессанс, 1991. – С. 265-285.
107. Юнг К.Г. Об отношении аналитической психологии к произведениям художественной литературы // Проблемы души нашего времени: сб. ст. / Пер. с нем. – М.: Прогресс; «Универс», 1993. – С. 37-60.
108. Юнг К.Г. Цели психотерапии // Проблемы души нашего времени: сб. ст. / Пер. с нем. – М.: Прогресс; «Универс», 1993. – С. 70-89.
109. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 640 с.
110. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2004. – 576 с.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

УДК 616.89

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НАРКОЗАВИСИМОСТИ, ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ И УХОДУ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ (рекомендации для внедрения в систему наркологической помощи 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)

Данные, полученные в результате исследования, свидетельствуют о наличии, по крайней мере, двух основных аспектов и подходов к решению проблемы увеличения охвата нуждающихся групп населения (в том числе наиболее уязвимой в отношении ВИЧ-инфицирования группы проблемных наркопотребителей) эффективными технологиями наркологической помощи.

Первый подход (который можно обозначить как локальный) сфокусирован на достижении максимально возможных показателей охвата наркологической помощью по наиболее проблемной, в смысле рисков ВИЧ-инфицирования, группе потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), а также на достижении приемлемого результата по данной позиции в сжатые – от 3 до 6 месяцев – сроки.

Такая, в целом оправданная, идеология локального подхода подразумевает, что под термином «эффективные технологии наркологической помощи» имеются в виду, прежде всего, технологии мотивационного информирования (с ВИЧ-ориентированным компонентом), наркологического консультирования (с ВИЧ-ориентированным компонентом), адаптируемые и используемые в основном на этапе первичной наркологической помощи, в сегменте заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ). Далее, по логике определения интегрированной помощи контингенту ПИН (согласно современным установкам ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС, в понятие интегрированной помощи, помимо стандартных технологий снижения вреда, ВИЧ-сервисов, ЗПТ, необходимо включать психосоциальное сопровождение, возможность психологической реабилитации и социальной реинтеграции), под этим термином следует иметь в виду эффективную амбулаторную и стационарную реабилитацию, а также противорецидивную и поддерживающую терапию, проводимых в приемлемых для охватываемого контингента условиях.

Второй подход к решению проблемы увеличения охвата нуждающихся групп населения эффективными технологиями наркологической помощи (данный подход можно обозначить как стратегичес-

кий) направлен: на достижение максимально-возможных показателей охвата по всему спектру общих и специальных групп населения, являющихся предметом активности современной системы наркологической помощи; на эффективное предупреждение формирования зависимости от ПАВ среди восходящего поколения; адекватное сопровождение злоупотребляющих и зависимых лиц с профилактикой наиболее опасных осложнений; выведение пациентов из состояния зависимости с формирование длительной и устойчивой ремиссии. Для реализации данного подхода и достижения приемлемого результата по всем вышеприведенным позициям требуются более продолжительные сроки – от полугода до 2 лет от момента старта соответствующей программы.

Идеология стратегического подхода, оправданная в первую очередь масштабами и устойчивостью достигаемых в этом случае результатов, подразумевает, что под термином «эффективные технологии наркологической помощи» подразумевается весь технологический ассортимент дифференцированных этапов наркологической помощи. Но также и то, что данный ассортимент будет адекватно адаптирован к особенностям каждого из 5-ти основных секторов наркологической помощи и, главным образом, к особенностям охватываемых групп. Что, конечно же, не означает принижения значимости «сквозных» технологий мотивационного информирования, наркологического консультирования или усечения объема внимания и профессиональной активности, уделяемых группе ПИН. Но, в тоже время, наряду с этими неоспоримыми приоритетами, подчеркивает необходимость и значимость приоритетов эффективной, профессиональной первично-профилактической помощи и других 4-х этапов наркологической помощи, охватывающих группы населения с алкогольной, наркотической, токсической зависимостью (а в перспективе, возможно, и с деструктивными формами психологической зависимости).

Оба этих подхода не противоречат, а только лишь дополняют друг друга. Вместе с тем, концентрация

на каком-либо одном из них может только лишь усложнить общий процесс модернизации системы наркологической помощи и отсрочить появление устойчивых результатов, свидетельствующих о повышении эффективности и качества наркологической помощи, как в отдельных регионах, так и в национальных масштабах.

Основные рекомендуемые мероприятия по реализации локального подхода в сфере увеличения охвата потребителей инъекционных наркотиков эффективными технологиями НП в городах Киеве, Полтаве, Харькове

По группе нормативных мероприятий необходимо проведение пересмотра действующего (или утверждение нового) приказа по головному наркологическому учреждению, устанавливающему: 1) приоритеты в сфере наиболее полного охвата группы потребителей инъекционных наркотиков этапами наркологической помощи со 2-го по 5-й этапы; 2) показатели качества оказываемой данной группе зависимых лиц профильной помощи – объема, ассортимента используемых технологий, перевода с одного этапа наркологической помощи на другой; длительности и качества ремиссии; безопасных условий оказания профильной помощи и пр.; 3) группу ответственных лиц и координаторов по данному сектору деятельности; 4) привлекаемые внутренние и внешние структуры, обеспечивающие весь объем работы с приоритетной группой ПИН; 5) регулярность мониторинга эффективности и качества данного сектора наркологической помощи.

Группа организационных мероприятий должна включать: 1) создание межсекторальной рабочей группы (представители профильных неправительственных организаций (НПО), государственного наркологического ЛПУ) по разработке показателей качества наркологической помощи, оказываемой наиболее проблемным группам наркопотребителей; разработке рабочего варианта протоколов наркологической помощи на этапе первичной наркологической помощи, реализуемой в профильных НПО приближенной к модели интегрированной помощи (рекомендуемой ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС); разработке вариантов договорных отношений, предусматривающих возможность подготовки персонала НПО на базе регионального ЛПУ, привлечения на договорных (в том числе и на взаимовыгодных) условиях специалистов регионального лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) – врачей- наркологов, подростковых врачей-наркологов, психологов, – владеющих навыками мотивационного информирования, наркологического консультирования; 2) установление соответствующих договорных отношений в области профильного межсекторального сотрудничества с наиболее дееспособными и активными, в отношении выявления наркопотребителей и охва-

та их технологиями снижения вреда (СВ), НПО; 3) проработка вопросов обучения специалистов дифференцированным технологиям мотивационного информирования, наркологического консультирования, амбулаторной и стационарной реабилитации на этапах наркологической помощи с международными организациями и фондами, профильными кафедрами и учебными центрами; 4) формирование соответствующих учебных групп специалистов наркологических ЛПУ; 5) формирование, совместно с руководством профильных НПО, учебных групп персонала, работающего с наркозависимыми лицами в негосударственном, некоммерческом секторе; 6) реализация программ мониторинга эффективности и качества наркологической помощи данного, специального сегмента наркологической помощи, реализуемого в секторе НПО и государственных медицинских учреждений.

Подготовка специалистов наркологического ЛПУ и сектора НПО включает необходимость проведения, как минимум, двух образовательных циклов (или семинаров-тренингов): 1) с врачами психологами и социальными работниками по вопросам проведения дифференцированного мотивационного информирования и наркологического консультирования на этапах наркологической помощи; 2) с персоналом профильных НПО – по этим же темам, а также по вопросам адекватного психосоциального сопровождения пациентов, участвующих в программах ЗПТ, организации проектов амбулаторной, стационарной реабилитации и постреабилитационной противорецидивной и поддерживающей терапии.

Планируемыми результатами проведения вышеизложенных мероприятий будут:

- повышение охвата технологиями эффективной наркологической помощи наркозависимых ПИН – контингента программ СВ, реализуемых профильными НПО;
- выведение части данного контингента в программы полноценной амбулаторной и стационарной реабилитации, а также постреабилитационной противорецидивной и поддерживающей терапии, реализуемых в секторе НПО;
- сокращение группы ПИН, являющихся активными наркопотребителями за счёт формирования у охваченного полноценными реабилитационными программами контингента длительной и устойчивой ремиссии;
- повышение охвата эффективными технологиями наркологической помощи (мотивационным информированием, наркологическим консультированием) группы проблемных наркопотребителей контингента государственных ЛПУ;
- формирование в данной группе навыков безопасного, в отношении рисков ВИЧ-инфекции, поведения.

Объёмы дополнительных ресурсов, необходимых для реализации вышеприведённой схемы локального подхода, ограничиваются расходами, необходимыми для проведения соответствующих образовательных циклов.

Основные рекомендуемые мероприятия по реализации стратегического подхода в сфере увеличения охвата нуждающихся групп населения эффективными технологиями наркологической помощи

Реализация стратегического подхода подразумевает, в первую очередь, необходимость переформулирования обозначенной задачи по увеличению охвата нуждающегося населения эффективными технологиями наркологической помощи в структурированные стратегические цели развития национальной системы наркологической помощи.

С учётом дефиниций по определению уровней контроля в сфере распространения наркотической зависимости и сопутствующего ВИЧ/СПИДа такой структурированной стратегической целью может быть переход от 1-2 уровней контроля (информация о ситуации неполная, сведения о распространении наркозависимости и ВИЧ-инфекции собираются нерегулярно, из ограниченного количества источников; возможность влияния на ситуацию ограничена вследствие недостаточного объёма и эффективности противодействующих усилий) к 3-му уровню контроля (информация о ситуации полная, достоверная, регулярно обновляемая; масштабы и эффективность противодействующих усилий сопоставимы с масштабом проблемы и оказывают существенное влияние на ситуацию в плане блокирования и обратного развития тенденций по распространению наркозависимости и сопутствующей ВИЧ-инфекции).

Далее в перечне задач, решаемых с помощью данного подхода, должны быть обозначены все системные проблемы, имеющиеся на текущий момент в сфере оказания наркологической помощи на всех её этапах и во всех дифференцированных секторах национального уровня.

Основным компонентом обозначенного стратегического подхода, в конечном итоге определяющим его успешность, является необходимость доработки инструментов эффективного лидерства (некоторые из которых уже функционируют или проходят соответствующие этапы организации) в сфере модернизации и реформирования национальной системы наркологической помощи:

- мобильных научно-исследовательских групп, способных проводить текущий многоуровневый мониторинг и оценивать клиническую, социальную и экономическую эффективность используемых и инновационных подходов (данная группа в дополнение к по-

тенциалу Института неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины может быть сформирована на базе медицинского и мониторингового центра по алкоголю и наркотикам Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины);

- межсекторальная, постоянно действующая рабочая группа при МОЗ, Министерства образования и науки (МОН), Министерства социальной политики Украины, в задачи которой входит полное обновление нормативной базы, регулирующей деятельность по оказанию наркологической помощи на всех этапах и во всех дифференцированных секторах;
- межсекторальный национальный учебный центр по подготовке (дополнительной последипломной, непрерывной профессиональной) специалистов и персонала из всех возможных секторов наркологической помощи. Такой центр целесообразно организовать на базе наркологической больницы г. Киева, где соответствующее структурное подразделение уже функционирует в масштабах города;
- административная группа с задачами продвижения необходимых законодательных инициатив, включающая руководителей агентств и ведомств, имеющих непосредственное отношение к проблеме установления эффективного контроля в сфере распространения наркозависимости и сопутствующего ВИЧ/СПИДа. Данная группа должна получать обоснованные и аргументированные проекты соответствующих нормативных актов от первой и второй постоянно действующих рабочих групп.

Ещё одним существенным компонентом рассматриваемого стратегического подхода (с учётом данных, приведенных в п. 2) является разработка как минимум трёх ресурсных моделей развития системы наркологической помощи:

- национального ресурсного центра (на базе наркологической больницы г. Киева);
- региональной модели развития системы наркологической помощи (с акцентом на имеющиеся ресурсы) – на базе Полтавского областного наркологического диспансера;
- региональной модели развития системы наркологической помощи (с акцентом на заимствованные структурные, научные, образовательные ресурсы) – на базе Харьковского областного наркологического диспансера.

Данные модели будут демонстрировать возможность как нормативного (т.е. в условиях достаточности основных ресурсов), так и кризисного (в условиях острой нехватки основных ресурсов) развития

системы наркологической помощи в направлении главных приоритетов:

- обеспечения реальной дестигматизации сферы наркологической помощи;
- достижения высокого социального статуса системы наркологической (аддиктологической) помощи, в связи с беспрецедентной актуальностью и масштабностью решаемых задач.

Планируемыми результатами реализации стратегического подхода будет существенное (до 40% по общим группам и до 20% по специальным группам) увеличение объёмов охвата нуждающегося населения эффективными технологиями наркологической помощи с достижением 3-го уровня контроля в сфере распространения наркозависимости и сопутствующего ВИЧ/СПИДа.

УДК 616.89

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРода КИЕВА

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 специального исследовательского фрагмента по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины общего проекта ЮНОДК («Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии») нами был проведён комплексный анализ наркологической службы г. Киева.

Ниже приводятся данные, полученные по настоящему исследовательскому фрагменту, которые могут быть полезными при сравнении с аналогичными данными по городам Республики Казахстан (РК).

При следующих демографических показателях по г. Киеву на 2012 г.: общее население – 2 814 258 человек; детское население – 479 804 человека; подростковое население – 97 722 человека – оценочное количество основных охватываемых групп населения будет следующим:

- этапом первично-профилактической наркологической помощи (общая группа населения) должно охватываться до 300 тыс. детей и подростков;
- этапом первично-профилактической наркологической помощи (группа риска по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ) должна охватываться группа от 30 до 40 тыс. населения подростков с высокими рисками вовлечения в зависимость от ПАВ и их родителей;
- общая группа лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) – до 200 тыс. человека;
- общая группа наркопотребителей – до 50 тыс. человек.

По данным СПИД-центра г. Киева, оценочное количество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) составляет 31300 чел. (т.е. 1,1% от населения

региона; 62,6% от оценочного количества наркопотребителей; 15,7% от оценочного количества зависимых от ПАВ);

- из них потребителей инъекционных опиоидов – 19719 чел., т.е. 63% от оценочного количества ПИН (0,7% от общего населения региона);
- всего ВИЧ-инфицированных ПИН – 8075 чел., т.е. 25,8% от общего количества ПИН (0,3% от общего населения региона).

Информация, которая даёт представление об охвате общей группы лиц, злоупотребляющих и зависимых от ПАВ, специальных групп наркозависимых лиц какими-либо видами специализированной НП следующая:

- учтённое количество зависимых от ПАВ лиц по г. Киеву по данным на 2012 г. составляет 28477 чел. или 1011,2 на 100 тыс. населения (или 14,2% к оценочному количеству лиц, злоупотребляющих и зависимых от ПАВ);
- учтённое количество зависимых от наркотиков лиц – 9109 чел. или 323,7 на 100 тыс. населения (или 18,2% от оценочного количества проблемных наркотиков);
- из них учтённое количество ПИН – 8269 чел. или 293,8 на 100 тыс. населения (или 26,4% от оценочного количества ПИН);
- из них учтённое количество потребителей инъекционных опиоидов – 6435 чел. или 232,2 на 100 тыс. населения (или 33,1% от оценочного количества потребителей инъекционных опиоидов);
- из них учтённое количество ВИЧ-инфицированных ПИН – 231 чел. или 8,2 на 100 тыс. населения (или 2,9% от оценочного количества ВИЧ-инфицированных ПИН).

При этом по данным СПИД-центра г. Киева:

- оценочное количество ВИЧ-инфицированных лиц по г. Киеву составляет 15000 чел. или 533 на 100 тыс. населения (или 5,3% от населения региона);
- учтенное количество ВИЧ-инфицированных лиц по г. Киеву на 2012 г. составляет 9015 чел. или 320,3 на 100 тыс. населения (или 0,32% от общего населения региона);
- количество ПИН, охваченных программами снижения вреда без применения заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ) – 5097 чел. или 16,1% к оценочному количеству ПИН;
- количество ПИН, охваченных ЗПТ – 316 чел. или 1,0% от оценочного количества ПИН; 3,9% от оценочного количества ВИЧ-инфицированных ПИН;
- оценочное количество ПИН, вообще не охватываемых какими-либо видами помощи и профилактики (программами снижения вреда, заместительной терапии, диспансерным патронажем, специфической терапией и пр.) по г. Киеву составляет 4138 чел. или 13,2% от оценочного количества ПИН.

Приведённые в настоящем подразделе характеристики общих и целевых групп населения, являющихся объектом активности системы наркологической помощи г. Киева, и данных по реальному охвату этих групп технологиями 1-5 этапов наркологической помощи, реализуемых в секторе государственных наркологических лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), показывают достаточно типичную картину охвата – 10% - 35%. Это, на основании проведенного анкетирования, следует интерпретировать как наличие неприемлемых условий оказания профильной наркологической помощи в секторе государственных ЛПУ.

Правомерность такого вывода подтверждается данными, характеризующими отношение общих групп населения (родители, ученики старших классов) к технологиям этапа первично-профилактической наркологической помощи, а также отношение целевых групп населения – общей группы зависимых от ПАВ лиц по г. Киеву, контингента стационарных наркологических учреждений, контингента сайтов ЗПТ, контингента наркозависимых работников коммерческого секса (РКС) – к технологиям этапа первично-профилактической наркологической помощи. Процентное распределение позитивных и негативных оценок ясно показывает наличие общих тенденций, характерных для всех общих и целевых групп, независимо от региональной принадлежности. Таким образом, несмотря на тот факт, что по г. Киеву количество респондентов в микрогруппах было недостаточным для формулировки статистических достоверных выводов о технологических и ситуационных предпочтениях в

сфере оказания наркологической помощи, полученными по данному региону сведениями можно руководствоваться.

По имеющимся сведениям, *макроструктура НП г. Киева* представлена:

- 1) сектором государственной наркологической помощи, оказываемой в системе Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины (номинально здесь представлены все этапы наркологической помощи с акцентом на реализацию этапов амбулаторного и стационарного лечения и реабилитации);
- 2) сектором частных наркологических кабинетов и центров, действующих в системе здравоохранения (этапы первичной наркологической помощи, амбулаторного лечения и реабилитации; в существенно меньшей степени – стационарного лечения и реабилитации);
- 3) сектором наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных служб для семей, детей и молодежи (первоначально-профилактический и первичный этапы наркологической помощи, также есть данные о деятельности 3-х центров ресоциализации наркозависимой молодежи);
- 4) сектором наркологической помощи, оказываемой НПО (этап первичной наркологической помощи, стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии).

Особенностью активности вышеназванных секторов является более тесное сотрудничество государственного наркологического ЛПУ с городским центром социальной службы для семьи, детей и молодежи, более расширенный ассортимент услуг, реализуемый данным центром на этапе первичной наркологической помощи, а также существенно более активная работа таких самоорганизованных структур, как «Анонимные Алкоголики» (АА) и «Анонимные Наркоманы» (АН), с общим количеством более 30 по г. Киеву. Из этого следует вывод о возможности существенно более интенсивного межсекторального сотрудничества с негосударственными и некоммерческими объединениями на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, а также в тех реабилитационных проектах (амбулаторных или стационарных), где ведётся программа «12 шагов».

Особенности структурных, нормативных, кадровых, технологических характеристик сектора наркологических ЛПУ г. Киева

В рассматриваемом сегменте профильная помощь жителям г. Киева оказывается головным учреждением – Киевской городской наркологической клинической больницей «Социотерапия».

В дополнение к действующим нормативным документам структура и функции КМНКЛ «Социотерапия» утверждаются приказами по данному учреждению: 1) приказ от 02.01.2013 г. № 1 «Об утверждении функций подразделения КМНКЛ «Социотерапия»; 2) приказ от 02.01.2013 г. № 2 «Об организации работы КМНКЛ «Социотерапия» на 2013 г.». Данная группа приказов обновляет предшествующие распорядительные документы, ежегодно определяющие функциональные цели и задачи действующих подразделений на текущий год. В соответствии с данными приказами структура и функции КМНКЛ «Социотерапия» на 2013 г. представлены следующими подразделениями.

Амбулаторно-поликлиническая сеть, в состав которой входят:

- организационно-методический консультативный отдел (с функциями сбора, обработки, анализа статистических данных, подготовки статистических отчётов);
- наркологическое диспансерное отделение (с функциями проведения диспансерно-динамического наблюдения за больными, реализацией всего комплекса технологий, предусмотренных на этапах первичной наркологической помощи, амбулаторного лечения и реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии);
- кабинет доверия (с функциями оказания первичной наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым лицам);
- амбулаторный кабинет заместительной поддерживающей терапии (с функциями реализации программ ЗПТ, обеспечения соответствующего мотивационно-информационного, консультативного и социально-психологического сопровождения);
- городская специализированная межведомственная круглосуточная служба «Информационно-консультативная социально-наркологическая приемная» (с функциями проведения информационно-просветительской и консультативной поддержки лиц с проблемным потреблением ПАВ, членов их семей, и перенаправления в соответствующие наркологические отделения);
- амбулаторное отделение лечения больных с химической зависимостью (с функциями реализации этапа амбулаторного лечения и реабилитации, в частности – сегмента ЗПТ);
- дневной стационар (с функциями реализации технологий этапа амбулаторного лечения и реабилитации, включая сегмент ЗПТ).

Стационарный блок, включающий 5 стационарных отделений, общей мощностью 210 коек (с функциями реализации технологий этапа стационарного лечения и реабилитации).

Блок вспомогательных лечебно-диагностических подразделений:

- реабилитационное наркологическое отделение (с функциями психологической реабилитации зависимых лиц);
- специальная медицинская комиссия (с функциями медицинского освидетельствования и обследования по направлению правоохранительных органов);
- клинико-диагностическая лаборатория;
- кабинет гипербарической оксигенации;
- рентген-кабинет;
- кабинет функциональной диагностики (ЭКГ);
- служба предрейсовых и послерейсовых осмотров водителей;
- отделение медицинских освидетельствований на состояние алкогольного и наркотического опьянения (с возможностью мобильного передвижения);
- отделение наркологических профосмотров (с функциями проведения профилактического наркологического обследования лиц, обращающихся за сертификатом с целью выявления и профилактики наркологических заболеваний по программе «Аудит»);
- отделение лабораторных исследований;
- информационно-учебный центр (с функциями обучения специалистов системы образования, общей медицинской сети, социальных служб для семьи, детей и молодёжи, сотрудников правоохранительных органов современным первично-профилактическим технологиям антиалкогольной и антинаркотической направленности).

В приведённой функциональной структуре следует отметить, во-первых – отсутствие участковой наркологической службы, в том числе специалистов – подростковых наркологов (такая позиция, в целом, может быть оправдана при наличии отдельного наркологического диспансера, либо развитого института врачей общей практики, семейных врачей по г. Киеву и отработанного взаимодействия с ними на уровне наркологического диспансерного отделения). По результатам полуструктурированного интервью с главным врачом КМНКЛ В.В. Ярым следует отметить, что данная позиция в ближайшее время будет пересматриваться в сторону увеличения представительства участковых врачей – наркологов, подростковых наркологов в амбулаторно-поликлинической сети.

Далее, следует обратить внимание на то, что организационные и кадровые ресурсы амбулаторно-поликлинического блока КМНКЛ «Социотерапия» позволяют полноценно реализовать 3 из 4-х этапов наркологической помощи – первичной наркологической помощи, амбулаторного лечения и реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии. При этом отложена, что очень важно, служба первичного информирования населения о возможностях наркологической службы. То есть

на информационные технологии первичной наркологической помощи делается особый акцент. Также – только позитивно – следует отметить наличие кабинета доверия для ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц и возможность получения ЗПТ в 3-х подразделениях амбулаторно-поликлинической службы. Из чего следует, что наиболее уязвимой группе потребителей инъекционных наркотиков, насколько это возможно при действующих нормативных ограничениях в условиях государственных наркологических ЛПУ, уделяется необходимый объём внимания и профессиональной активности.

По функциональным задачам как амбулаторно-поликлинического блока, так и стационарного блока прослеживается приверженность руководства КМНКЛ «Социотерапия» и всего коллектива к реабилитационной идеологии, что, собственно, отражено в самом названии клиники. Такого рода приверженность и, особенно, возможность реализации уникальных психокоррекционных программ, специальных реабилитационных программ для членов семей наркологических больных, оригинальных программ медико-психологической и социальной реабилитации зависимых от ПАВ лиц, разработанных украинскими специалистами, должна находить продолжение в нормативно утверждённых сроках пребывания амбулаторных и стационарных пациентов на лечении, либо на курсах противорецидивной и поддерживающей терапии. Но, кроме того, существуют возможности трансляции и поддержки этих программ в частном секторе и секторе неправительственных организаций (НПО).

Наиболее перспективным и важным структурным подразделением КМНКЛ «Социотерапия», на наш взгляд, является информационно-учебный центр для подготовки специалистов системы образования, социальных служб для семьи, детей и молодёжи, общей медицинской сети. Данное подразделение выполняет важнейшую ресурсную функцию по обеспечению развития этапа первично-профилактической и первичной наркологической помощи в наиболее представительном по своим кадровым возможностям сопредельном секторе наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных служб Украины, а также – по специальной подготовке такой же представительной сети врачей общей практики, семейных врачей и других медицинских работников. Таким образом, во-первых, компенсируется дефицит участковых врачей-наркологов, оказывающих в основном первичную наркологическую помощь. А, во-вторых (!), существует возможность трансформации данного информационно-учебного центра в полноценный учебный курс с лицензионными правами профессиональной, последипломной и дополнительной подготовки специалистов наркологического и сме-

шанного профиля по всем спецификациям сопредельных секторов, включая НПО. В этом случае руководство наркологической службы Украины могло бы получить один из основных инструментов по обеспечению эффективного лидерства в данной важнейшей сфере.

Далее, следует обратить внимание на структурную, кадровую и технологическую (в смысле возможностей лабораторной диагностики) оснащённость экспертных подразделений профильной клиники, дающую возможность диагностики фактов употребления ПАВ, состояния алкогольного и наркотического опьянения, диагноза психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ в установленном законодательством Украины порядке. Данное обстоятельство является важным аргументом того, что в случае отмены адресного наркологического учёта и обеспечения полной конфиденциальности информации по обращению в государственное наркологическое ЛПУ, право граждан Украины на безопасность (здесь имеются в виду условия допуска к вождению транспорта, профессиям, связанным с особым риском, приобретению и ношению оружия и пр.) никоим образом не будет ущемлено, и соответствующая экспертиза позволит установить наличие противопоказаний к регламентированным допускам.

По параметрам обеспеченности кадровыми ресурсами следует констатировать, что наличие более 100,0 штатных единиц врачей-наркологов и врачей-психологов, около 50 социальных работников и более 20 штатных единиц психологов дают возможность реализации полного спектра предусмотренного в соответствующих нормативных документах технологий наркологической помощи, а также объемов наркологической помощи, необходимых для обеспечения полноценного охвата целевых групп населения профильной помощью.

Следует отметить представленность психотерапевтических и психосоциальных технологий почти в каждом амбулаторном и стационарном подразделении клиник. Однако низкие показатели средней длительности пребывания пациентов на стационарном лечении (ниже 14 дней) ставят под вопрос эффективность использования данных технологий.

Особенности внутрисистемного и межсекторального взаимодействия

По данному оценочному параметру следует, во-первых, вернуться к практике обучения специалистов общемедицинского профиля, специалистов сектора образования и социальных служб для семьи, детей и молодёжи, которую следует оценить только позитивно.

Далее, следует отметить достаточно интенсивное взаимодействие со структурами общей и специализированной медицинской сети г. Киева – центрами Здорового образа жизни (ЗОЖ), токсиколо-

гическим отделением, сайтами ЗПТ при СПИД-центрах, туберкулёзным диспансером, семейными врачами и врачами общей практики (прослеживаемое по информации заполнения опросников БОНО).

Что касается внутрисистемного взаимодействия, то судя по показателям заполняемости, интенсивности работы койки, процесс мотивации и перенаправления клиентов с этапа первичной наркологической помощи на этапы амбулаторного / стационарного лечения и реабилитации идёт весьма интенсивно.

В отношении межсекторального взаимодействия следует отметить контакты с 12-ю учебными заведениями г. Киева (школы, колледжи, ВУЗы), 10-ю центрами по делам молодёжи, 8-ю профильными НПО, реализующими программы снижения вреда для наркопотребителей, организующими деятельность стационарных и мобильных пунктов снижения вреда, дроп-ин-центры. В частности, руководителем Киевского городского центра социальных служб для семьи, детей и молодёжи Валерием Анатольевичем Танцюра отмечается конструктивность такого сотрудничества и возможность расширения ассортимента предоставляемых услуг.

В связи со всем изложенным, можно отметить только одну относительно *дефицитарную сферу* оцениваемого наркологического ЛПУ – отсутствие участковой службы врачей-наркологов, подростковых врачей-наркологов. Притом, что такая служба не предусмотрена в структуре наркологических больниц, и данный дефицит отчасти компенсируется активностью амбулаторно-поликлинического блока, взаимодействием с врачами общей практики и семейными врачами.

В отношении специфических для данного учреждения *потенциальных возможностей* следует отметить наличие значительного количества штатных единиц врачей, психологов, социальных работников, необходимых для реализации соответствующих реабилитационных программ и технологий. Кроме того, концентрация такого количества штатных единиц специалистов наркологического профиля (в общей сложности свыше 225,0 ставок) даёт возможность оперативного маневрирования и усиления структур, реализующих этапы первичной наркологической помощи, социальной реабилитации и реинтеграции в сопредельных секторах (социальные службы для семьи, детей и молодёжи, НПО), где не-

обходимость постановки на диспансерный учёт не предусмотрена. И далее – наличие информационного учебного центра, с перспективой его трансформации в курсы полноценной лицензионной подготовки специалистов общемедицинского и смежного профилей.

Таким образом, конструктивным направлением развития системы наркологической помощи г. Киева в ближайшей перспективе может быть: усиление этапа первичной наркологической помощи, реализуемого в секторе НПО и социальных служб за счёт делегирования, на договорных условиях, необходимого количества специалистов наркологического профиля для проведения адекватного мотивационного информирования, наркологического консультирования контактных групп населения; усиление этапа социальной реабилитации, реализуемого в секторе НПО и социальных служб, за счёт возможности трансляции части разработанных коррекционных и реабилитационных технологий (обучение, договорное участие специалистов); рассмотрение возможности совместного с сектором НПО и сектором социальных служб проекта по реализации полноценных, в смысле временных форматов и необходимых технологических компонентов, программ амбулаторной, стационарной реабилитации и этапа противорецидивной и поддерживающей терапии, в отсутствие каких-либо стигматизирующих условий.

В среднесрочной перспективе существует возможность организации лицензионного межсекторального учебного центра, являющегося единственным инструментом развития не только региональной, но и национальной системы наркологической помощи.

В среднесрочной и долгосрочной перспективе существует возможность расширения сферы компетенции КМНКЛ «Социотерапия» с включением в неё проблематики деструктивной психологической зависимости – игромании, компьютерной зависимости и др. – и реализации генеральной стратегической линии дестигматизации проблемы химической зависимости (т.е. при данном варианте развития службы имеющаяся стигма будет «растворяться» существенно более широким спектром аддиктологической проблематики, без какого-либо ущерба для объёма и качества оказываемой лицам, зависимым от ПАВ, профильной помощи).

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ПОЛТАВЫ

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 специального исследовательского фрагмента по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины общего проекта ЮНОДК («Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии») нами был проведен комплексный анализ наркологической службы г. Полтавы.

Ниже приводятся данные, полученные по настоящему исследовательскому фрагменту, которые могут быть полезными при сравнении с аналогичной информацией о деятельности системы наркологической помощи в городах Республики Казахстан.

С учётом имеющихся демографических показателей по г. Полтаве на 2012 год: общее население составляет 290 568 человек; детское население – 41 785 чел.; подростковое – 5 967 чел., оценочное количество основных охватываемых групп населения будет следующим:

- общая группа населения, охватываемая этапом первично-профилактической помощи – до 25 тыс. человек;
- группа риска по профилю зависимости от ПАВ (подростки и их родители) – до 3 тыс. человек;
- общая группа зависимых от ПАВ лиц – до 20 тыс. человек;
- общая группа наркопотребителей – до 4 тыс. человек.

По данным Полтавского областного наркологического диспансера, ЮНОДК, оценочное количество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в г. Полтаве составляет 2900 человек. Каких-либо других данных по этому контингенту нет. Расчётное количество ВИЧ-инфицированных ПИН может составлять до 600 человек, т.е. до 20% от оценочного количества ПИН.

При этом учётное количество лиц, зависимых от ПАВ, по г. Полтаве составляет 2813 чел. или 967,7 на 100 тыс. населения (14,1% от оценочного количества общей группы злоупотребляющих и зависимых от ПАВ);

- из них учтенное количество наркозависимых – 669 чел. или 230,2 на 100 тыс. населения (16,7% от оценочного количества наркозависимых);
- из них учтенное количество ПИН – 638 чел. или 216,6 на 100 тыс. населения (16,0% от оце-

ночного количества наркозависимых; или 22% от оценочного количества ПИН);

- из них учтённое количество потребителей инъекционных опиоидов – 483 чел. или 166,2 на 100 тыс. населения (16,7% от оценочного количества ПИН);
- из них учтённое количество ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков – 132 чел. или 45,4 на 100 тыс. населения (22,0% от оценочного количества ВИЧ-инфицированных ПИН).

По данным областного СПИД-центра на 01.01.2013 г., на учёте по г. Полтаве находятся 1030 ВИЧ-инфицированных лиц, из которых 243 больных СПИДом. Из вновь выявленных случаев в 2012 г. (135) парентеральный путь передачи ВИЧ был зафиксирован в 43 случаях или 31,8%, что в целом соответствует среднему страновому показателю;

- общее количество ПИН, охваченных заместительной поддерживающей терапией (ЗПТ) – 213 чел. или 7,34% от оценочного количества ПИН (44% к общему континенту учтенных ПИН).

Приведённые в настоящем подразделе сведения о количественных характеристиках общих и целевых групп населения, являющихся объектом активности системы наркологической помощи г. Полтавы, и данные по реальному охвату этих групп технологиями первично-профилактической помощи, а также – технологиями 2–5 этапов наркологической помощи, реализуемых в секторе государственной наркологической службы, показывают следующее. По профилю технологий первичной наркологической помощи следует отметить существенно более высокую – до 40% и выше – активность охвата общей группы населения и группы риска специализированными профилактическими технологиями (диагностика групп риска, наркологическое консультирование, профилактические осмотры, коррекция рисков совместно со специалистом – психологом) за счёт активности подросткового наркологического кабинета и привлекаемых специалистов – психологов. Далее, следует отметить, что 44,0% от учтённого количества ПИН, охвачены программами ЗПТ, которые на базе Полтавского областного наркологического диспансера реализуются в варианте интегрированной помощи наиболее проблемной группе наркозависимых, с максимальным приближением рекомендуемых международными организациями ВИЧ-сервисов. Это следует расценивать только позитивно.

Что же касается показателей по другим позициям, то здесь имеет место картина 15-20 процентного охвата целевых групп, которая зависит в основном от нормативно-заданных и неприемлемых для большинства представителей целевых групп условий оказания наркологической помощи в системе государственной наркологической службы.

Так, исследование потребностей населения г. Полтавы в технологиях этапа первично-профилактической наркологической помощи (родители, ученики старших классов), технологиях 2-5 этапов наркологической помощи (контингент наркологического стационара; контингент реабилитационных центров, действующих при НПО; контингент сайтов ЗПТ) показало, что для категории зависимых лиц основным препятствием получения наркологической помощи в государственном наркологическом учреждении является необходимость постановки на диспансерный учёт. Что же касается представителей общей группы – родителей и учеников – то по г. Полтаве оппозиция в отношении технологий первичной профилактики, связанных с диагностическими осмотрами и перспективой постановки на профилактически учёт выражена в значительно менее интенсивной степени, чем по другим исследуемым регионам, особенно в группе родителей. Что, по-видимому, связано с соответствующей разъяснительной работой подросткового нарколога.

В соответствии с полученными данными, макроструктура наркологической помощи г. Полтавы представлена сектором государственной наркологической помощи, оказываемой в системе Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины (здесь номинально представлены все пять этапов наркологической помощи с наиболее активной деятельностью на этапах амбулаторного/стационарного лечения и реабилитации); сектором частных наркологических кабинетов (этап первичной наркологической помощи, амбулаторного лечения и реабилитации); сектором наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных служб для семей, детей и молодежи (в данном секторе реализуются этапы первично-профилактической и первичной наркологической помощи); сектором наркологической помощи, оказываемой в НПО (этап первичной наркологической помощи, стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии). Особенностями профильной деятельности вышеприведенных секторов являются: 1) активное сотрудничество подросткового нарколога и привлекаемых специалистов с учреждениями образования (с охватом более 52 учебных заведений); 2) активность Полтавского областного центра здоровья в плане общей и специальной информации антнапкотической и антиалкогольной направленности, разнообразия форм её подачи и практики активного сотрудничества со специалистами наркологического профиля; 3) актив-

ность сектора НПО, в частности благотворительной ассоциации «Свет надежды», в охвате потребителей инъекционных наркотиков комплексными услугами по снижению вреда, реализации программ стационарной реабилитации зависимых от ПАВ, участии в программах первичной наркологической помощи, амбулаторной реабилитации, реализуемых в Полтавской области в учреждениях Государственной пенитенциарной системы (ГПС).

Особенности структурных, нормативных, кадровых, технологических характеристик сектора государственной наркологической помощи г. Полтавы

Медицинскую наркологическую помощь жителям г. Полтавы в государственном секторе оказывает головное учреждение – Полтавский областной наркологический диспансер (ПОНД).

В дополнение к действующим нормативным документам структура и функции данного учреждения обозначаются в Положении о Полтавском областном наркологическом диспансере (новая редакция), утверждённом специальным решением Полтавской областной Рады № 35 от 17.01.2013 г.

В соответствии с данным документом, основной целью ПОНД является оказание высокоспециализированной наркологической помощи лицам с наркологическими заболеваниями. И далее говорится об организации профилактических мероприятий среди здоровых лиц и групп риска. То есть в данном целеполагании поименованы все основные группы населения, которые должны охватываться активностью рассматриваемого сектора наркологической помощи. Далее, в обозначении предмета деятельности, поименованы практически все этапы наркологической помощи, в том числе указана технология заместительной терапии препаратами, разрешёнными для использования. Диагностическим и экспертным технологиям также удалено особое внимание – 5-ти из 11-ти позиций, что также имеет значение в случае решения полной конфиденциальности получения профильной помощи в государственных наркологических лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

В структуру ПОНД, утверждаемую также данным положением, входят следующие подразделения:

- диспансерное отделение;
- отделение платных услуг;
- стационарное отделение № 1;
- стационарное отделение № 2;
- стационарное отделение № 3;
- стационарное отделение № 4;
- химико-токсикологическая лаборатория.

В приведённой выше функциональной структуре следует обратить внимание на то обстоятельство, что, несмотря на количественное преобладание подразделений стационарного блока по такому параметру, как наличие штата врачей-наркологов, амбулаторная структура (наркологическо-диспансерное

отделением и сайты ЗПТ) выглядит существенно более мощной – 9,5 штатной единицы против 4,0 штатных единиц врачей-наркологов в стационаре. Что, на наш взгляд, свидетельствует об адекватном распределении функциональной нагрузки между диспансерным и стационарным блоками. Далее следует обратить внимание на организацию с 2006 г. специального стационарного отделения для лечения наркозависимых лиц на 30 мест, где осуществляется программа медико-социальной реабилитации в том объеме, который возможен за максимальный срок в 28 дней, предусмотренных утвержденными стандартами. Однако (!) при стационарном отделении ПОНД действует схема, когда пациенты продолжают долгосрочную программу лечения, психологической и социальной реабилитации в негосударственном секторе (реабилитационном центре благотворительной организации «Выход есть» и других негосударственных некоммерческих реабилитационных центрах). С 2013 года пациентам, для того чтобы переходить из стационарного отделения ПОНД в реабилитационный центр «Выход есть», не нужно будет покидать пределы одного здания.

При таком более тесном сотрудничестве есть возможность существенной активизации мотивационной терапии со стороны персонала НПО, направленной на вовлечение пациентов в полноценные и долговременные курсы стационарной реабилитации.

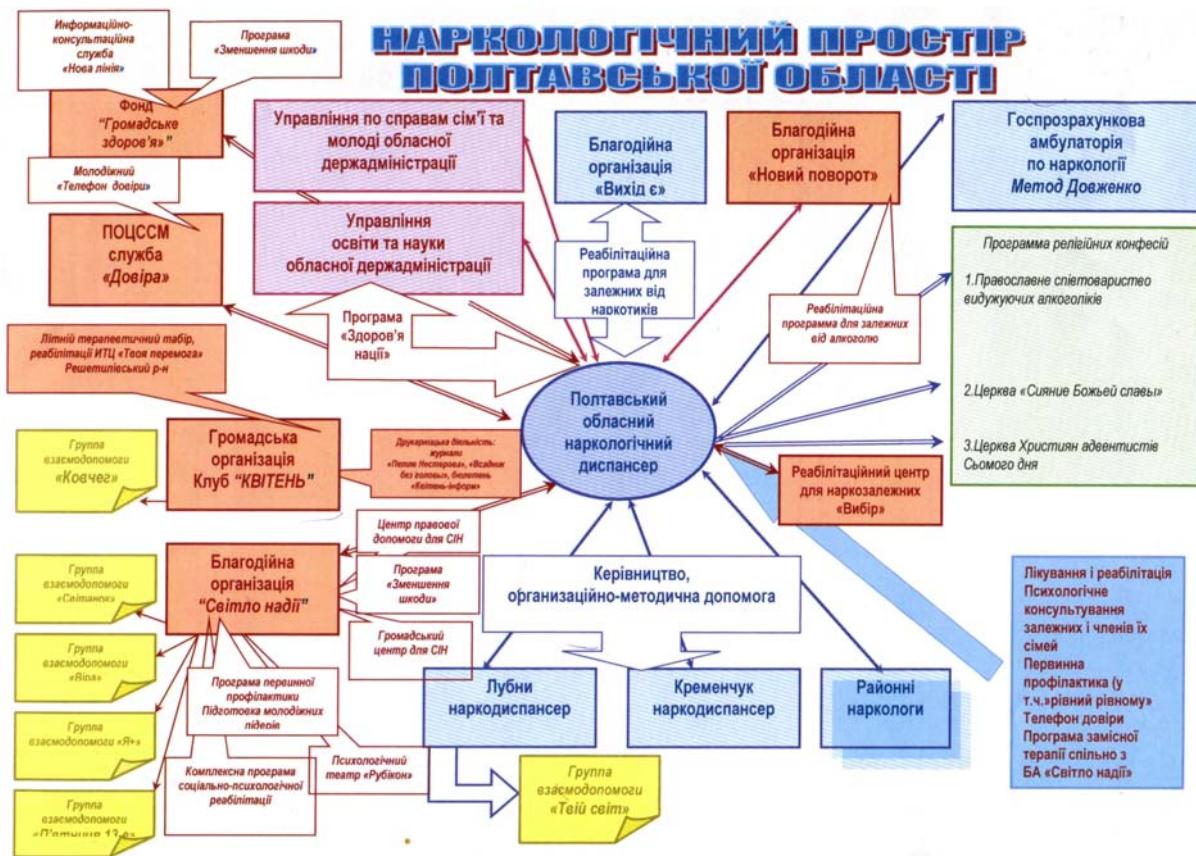
В стационарном отделении № 4 действует специальная реабилитационная программа для жен-

щин, зависимых от алкоголя и наркотиков. Программа основана на идеологии «12 шагов» и предусматривает мотивацию и перенаправление резидентов в группы взаимопомощи Анонимных алкоголиков и Анонимных наркоманов (АА и АН). Далее следует отметить, что руководством ПОНД разработана практически полная схема (карта) системы наркологической помощи в Полтавской области, которая включает основные структуры, имеющие прямое и косвенное отношение к оказанию наркологической помощи различным группам населения, и которая показывает основной вектор и содержание взаимодействия между этими структурами.

В отношении характеристик ассортимента и объема используемых технологий следует выделить активность подросткового врача-нарколога и максимальную приближенность к модели интегрированной помощи (консультация основных специалистов по месту оказания основного метода лечения) на сайтах ЗПТ.

По параметрам обеспеченности кадровыми ресурсами следует констатировать, что наряду с врачебным и средним персоналом, в ПОНД выделены штаты психологов – 6,5 ставки, а также социальные работники – 8,25 ставки. Это в совокупности с штатами врачей составляет 30,75 штатной единицы специалистов, способных решать достаточно сложные медицинские, социальные и организационные задачи по обеспечению всеми видами и этапами наркологической помощи населения региона.

Особенности внутрисистемного и межсистемного взаимодействия



Следует отметить, что данная позиция как в плане взаимодействия между этапами наркологической помощи, так и в плане межсекторального взаимодействия, является наиболее сильной из всех рассматриваемых регионов. Так, например, ПОНД сотрудничает с 52 учебными заведениями и 19 неправительственными и некоммерческими организациями. При этом смысл такого сотрудничества заключается в концентрации всех возможных ресурсов для обеспечения последовательного движения зависимых от ПАВ лиц по основным этапам наркологической помощи с максимальными шансами на освобождение от зависимости.

Таким образом, ещё одной, несомненно, сильной стороной региональной системы наркологической помощи в городе Полтаве, является наличие эффективного лидерства и управления наркологической службой области.

В связи со всем изложенным, каких-либо существенных структурных, технологических, кадровых и организационных изъянов, помимо системных дефицитов и препятствий, характерных для наркологической службы в целом, в системе наркологической помощи в городе Полтаве не выявлено. Напротив, можно отметить осмысленные попытки преодоления наличествующих нормативных и иных сложностей за счёт интенсивного использования внутренних ресурсов и межсекторального взаимодействия.

К другим очевидно позитивным особенностям государственной наркологической службы г. Полтавы следует отнести:

– сбалансированный, ориентированный на реализацию технологий медико-психолого-социальной, а не только медицинской реабилитации зависимых лиц, кадровый состав ПОНД;

- наличие активности подростковой наркологической службы;
- фактическое приближение к модели интегрированной помощи, оказываемой на сайтах ЗПГ;
- эффективное лидерство в вопросах организации региональной системы наркологической помощи.

С учётом всего изложенного следует, что на базе Полтавского областного наркологического диспансера в перспективе существует возможность:

- доработки модели региональной системы наркологической помощи (усиление её отдельных компонентов за счёт региональных ресурсов и ресурсов международных организаций) с приоритетом в сфере полноценного охвата и оказания интегрированной помощи наиболее уязвимому в отношении ВИЧ-инфицирования контингенту ПИН;
- создания регионального учебного центра для руководителей и сотрудников сопредельных секторов наркологической помощи с возможностью прохождения коротких (или ступенчатых) семинаров и лицензионных циклов по избранным вопросам организации наркологической помощи, в том числе в сопредельных секторах;
- придания ПОНД (на соответствующем государственном уровне) статуса экспериментального наркологического ЛПУ, с возможностью апробации и научного мониторинга инновационных профилактических, диагностических, лечебно-реабилитационных и организационных технологий, что позволит в относительно короткие сроки решить имеющиеся основные нормативно-организационные проблемы и продемонстрировать социальную, клиническую и экономическую эффективность разработанных инновационных подходов.

УДК 616.89

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ХАРЬКОВА

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 специального исследовательского фрагмента по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины общего проекта ЮНОДК («Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии») нами был проведен комплексный анализ наркологической службы г. Харькова.

Ниже приводятся данные, которые могут быть использованы при сравнении с результатами аналогичных исследований системы наркологической помощи в городах РК.

При демографических показателях по г. Харькову на 2012 г.: общее население – 1 421 795 человек; детское население – 159 883 чел.; подростковое население – 36 501 чел. – оценочное количество **основных охватываемых групп** населения следующее:

- этапом первично-профилактической наркологической помощи (общая группа населения) должно охватываться до 120 тыс. детей и подростков;
- этапом первично-профилактической наркологической помощи (группа риска по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ) должна охватываться группа до 15 тыс. чел. населения – подростков с высокими рисками вовлечения в зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) и их родителей;
- общая группа зависимых от ПАВ – до 100 тыс. человек;
- общая группа наркопотребителей – до 25 тыс. человек.

По данным организационно-методического консультативного отдела Харьковского областного наркологического диспансера (ХОНД) – головного наркологического лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) г. Харькова, а также ЮНОДК (2011 г.) – оценочное количество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в данном регионе составляет 9300 чел. (или 0,65% от населения г. Харькова; 9,3% от оценочного количества зависимых от ПАВ лиц; 37,2% от оценочного количества наркопотребителей);

- из них потребителей инъекционных опиоидов – до 5 тыс. чел. (т.е. 53,7% от оценочного количества ПИН);
- из них ВИЧ-инфицированных ПИН – до 1200 чел. (или 12,9% от оценочного количества ПИН).

По данным Харьковского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом оценочное количество ВИЧ-инфицированных лиц доходит до 4500 человек. Учтённое количество ВИЧ-инфицированных – 918 чел. или 64,6 на 100 тыс. населения. Из них – учтённое количество ВИЧ-инфицированных ПИН – 113 чел. или 7,9 на 100 тыс. населения.

Данные по охвату общей и специальных целевых групп какими-либо видами специализированной наркологической помощи по г. Харькову следующие:

- учтённое количество зависимых от ПАВ составляет 12967 чел. или 908,7 на 100 тыс. населения (или около 13% от общей группы злоупотребляющих и зависимых от ПАВ лиц);
- учтённое количество зависимых от наркотиков – 1523 чел. или 106,7 на 100 тыс. населения (или 6,1% от оценочного количества наркопотребителей);
- из них учтённое количество ПИН – 1214 чел. или 85,4 на 100 тыс. населения (или 13,0% от оценочного количества ПИН);
- из них учтённое количество потребителей инъекционных опиоидов – 506 чел. или 35,6 на 100 тыс. населения (или 10,1% от оценочного количества потребителей инъекционных опиоидов);
- из них учтённое количество ВИЧ-инфицированных ПИН – 55 чел. или 3,9 на 100 тыс. населения (или 4,5% от оценочного количества ВИЧ-инфицированных ПИН);

– из учтённого количества ПИН (1214 чел.) 188 чел. (т.е. 15,5%) охвачены программами снижения вреда без применения заместительной терапии; 73 чел. охвачены программой заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ) (или 0,8% от оценочного количества ПИН; 6,0% от учтенного количества ПИН).

Вышеприведённые сведения, касающиеся в основном оценочных качественных характеристиках общих и целевых групп населения, являющихся объектом активности системы наркологической помощи г. Харькова, и данными по реальному охвату этих групп технологиями 1-5-го этапов наркологической помощи, реализуемых в секторе государственных наркологических ЛПУ, показывают следующее.

По профилю технологий первично-профилактического этапа наркологической помощи следует отметить минимальную активность (менее 10% охвата общей группы населения и группы риска) специализированными профилактическими технологиями – диагностикой групп риска, наркологическим консультированием, профилактическими осмотрами, коррекционными технологиями. Что связано, по-видимому, с отсутствием специалистов и штатных единиц подростковых врачей-наркологов непосредственно в ХОНД; 0,5 должности подросткового нарколога, совмещённой с функциями специалиста по антиалкогольной и антинаркотической пропаганде, в наркологической службе Харьковского района совмещает участковый врач-нарколог.

Далее, по технологиям 2-5 этапов наркологической помощи, следует констатировать существенно менее выраженный объем охвата целевых групп в сравнении с показателями по городам Киеву и Полтаве (по наиболее уязвимым группам наркозависимых лиц, ПИН, ВИЧ-инфицированных ПИН показатели охвата в 1,5-2,5 раза ниже, чем в обозначенных регионах). То же самое можно сказать и в отношении охвата ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц, ПИН технологиями заместительной терапии.

С одной стороны, традиционно низкие показатели охвата целевых групп государственным наркологическим ЛПУ объясняется наличием неприемлемых условий оказания наркологической помощи, связанных с перспективой постановки на профилактический или диспансерный учёт. С другой – в целом невысокой активностью амбулаторно-поликлинического звена, ограниченным ассортиментом предлагаемых услуг (что подтверждается данными о кадровой специфике ХОНД и результатами анализа опросников БООНО по региону).

В соответствии с имеющимися данными макро-структура наркологической помощи г. Харькова представлена: сектором государственной наркологической помощи, оказываемой в системе Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины (в одном секторе номинально представлены все 5 этапов нар-

кологической помощи, с интенсивной реализацией этапов амбулаторного/стационарного лечения); сектором частных наркологических кабинетов и центров (этап первичной наркологической помощи; этапы амбулаторного/стационарного лечения и реабилитации); сектором наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных служб для семьи, детей и молодежи (этап первично-профилактической и первичной наркологической помощи); сектором наркологической помощи, оказываемой в НПО (этап первичной наркологической помощи, стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии).

Особенностью активности вышеприведённых секторов является сравнительно интенсивная представленность сектора частных наркологических кабинетов и центров. По данным заполнения карты структурных характеристик системы наркологической помощи по г. Харькову, доступным рекламным блокам, речь может идти о 17 профильных кабинетах и центрах, действующих в частном секторе.

Особенности структурных, нормативных, кадровых, технологических характеристик сектора государственной наркологической помощи г. Харькова

Медицинскую наркологическую помощь жителям г. Харькова в государственном секторе оказывает головное учреждение – Харьковский областной наркологический диспансер (ХОНД).

Основная функция данного учреждения соответствует нормативно-утверждаемым целям и задачам по оказанию специализированной наркологической помощи, включая профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию зависимых от ПАВ лиц.

Структура и штатное расписание ХОНД, утверждаемые начальником Главного управления охраны здоровья Областной государственной администрации, представлены следующим образом.

Амбулаторно-поликлиническая служба включает:

- кабинеты участковых врачей-наркологов по г. Харькову – 9 ед.;
- кабинет участкового врача-нарколога по Харьковскому району – 1 ед.;
- кабинет анонимного лечения;
- отделение обязательных наркологических осмотров – 2 ед.;
- кабинет экспертизы алкогольного и наркологического опьянения;
- кабинет физиотерапии;
- клинико-диагностическая лаборатория;
- аналитическая лаборатория;
- кабинет функциональной диагностики.

По данному блоку следует отметить наличие полного набора диагностических и экспертных возможностей.

Стационарный блок включает:

- отделения дневного стационара в общей сложности на 250 мест – 5;
- стационарные отделения с круглосуточным пребыванием, в общей сложности на 200 коек – 4.

По данному блоку следует отметить следующую специализацию стационарных отделений с круглосуточным пребыванием: общее, женское, для лечения лиц с наркотической зависимостью; принудительного лечения.

При ХОНД действует сайт ЗПТ с охватом 48 наркозависимых ПИН (ещё 1 сайт ЗПТ, с охватом 25 ПИН, действует при СПИД-центре).

Основной проблемой государственной наркологической службы и руководства ХОНД является кадровая обеспеченность и спецификация штатов, не позволяющая реализовать социальную и психологическую составляющие реабилитационного процесса. Так, на 61,0 штатных (бюджетных) единиц врачей-наркологов в головном учреждении имеется лишь один (1,0) врач – психолог, и вообще не предусмотрено штатов психологов и социальных работников, притом, что имеется около 200 штатных единиц средних медицинских работников. В ходе полу-структурированного интервью главный врач ХОНД, к.м.н. Константин Дмитриевич Гапонов сообщил, что имеются проблемы также и с набором врачебного персонала, несмотря на наличие мощных учебных медицинских центров додипломного и последипломного образования в г. Харькове. Специальность врача – нарколога, прежде всего, в силу крайне затрудненного доступа (дополнительные три года учёбы), не пользуется популярностью у студентов медицинских ВУЗов и академий. В то же время каких-то дополнительных мотивов для занятия наркологической практикой у будущих медицинских работников также нет. Основной корпус действующих специалистов – предпенсионного возраста. Таким образом, все обозначенные кадровые проблемы и сложности в ближайшие годы будут только нарастать.

Особенности внутрисистемного и межсекторального взаимодействия

Невысокие показатели охвата целевых групп профильной помощью свидетельствуют о слабом взаимодействии между этапом первичной наркологической помощи и всеми последующими этапами – с 3-го по 5-й. Вместе с тем следует отметить хороший уровень межсекторального взаимодействия с профильными НПО. Так, в «Карте структурных характеристик системы наркологической помощи по г. Харькову» отмечены 5 НПО, с которыми проводится совместная работа по оказанию комплексной помощи (с приближением к модели интегрированной помощи) наркозависимым, в основном ПИН.

Таким образом, *специфической* для данного региона проблемной зоной является дефицит наибо-

лее востребованных кадров врачебного профиля и сопредельных профилей – психологического и социального. В тоже время сильной стороной и специфической характеристикой макроструктуры наркологической помощи, которую следует рассматривать как дополнительный ресурс развития, является приближенность наиболее представительной и мощной научной базы страны – Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины – действующей, в том числе, и по профилю наркологии; неформальная заинтересованность в развитии наркологической службы руководства данного учреждения в лице заместителя директора по научной работе, главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Украины – координатора группы специальностей психиатрического профиля, д.м.н., профессора Натальи Александровны Марута. В частности Н.А. Марута в ходе полуструктурированного интервью высказала идею углубленной и многофункциональной подготовки среднего персонала наркологических ЛПУ, с последующим переструктурированием профессиональных обязанностей в наркологических ЛПУ и передачей подготовленному персоналу большей части функций по психосоциальному сопровождению зави-

симых от ПАВ лиц в программах медико-социальной реабилитации (МСР). Ещё одним дополнительным ресурсом рассматриваемого региона является приближенность основной базы последипломной и дополнительной подготовки специалистов наркологического профиля – кафедры наркологии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

Таким образом, в случае оперативного решения комплекса вопросов по реализации предложения по ресурсному кадровому усилению наркологической службы, выдвинутого проф. Н.А. Марута, соответствующие курсы подготовки среднего медперсонала могли бы проводиться на базе областного наркологического диспансера. И, в первую очередь, с обучением сотрудников данного учреждения. Это, собственно, и является основным вариантом кризисного развития наркологической службы г. Харькова. Другой составляющей такого развития должна быть существенная активизация межсекторального взаимодействия с усилением представительства участковых врачей – наркологов, владеющих технологиями мотивационного информирования и наркологического консультирования, в профильных НПО.

УДК 159.9.07

ПРОЕКТ РАБОЧЕЙ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ПСИХОЛОГОВ «ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ»

А.З. Нургазина

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

Ш.В. Саркисян

профессор кафедры психологии и педагогики КГУ им. А. Байтурсынова, к. псих. н., г. Костанай (РК)

И.А. Пархоменко

заведующая кафедрой психологии и педагогики КГУ им. А. Байтурсынова, к.пед.н., г. Костанай (РК)

1. Данные о курсе

Курс «Профилактика распространения социальных эпидемий в сфере образования» предназначен для школьных психологов и социальных педагогов. Изучение основ диагностических и психокоррекционных процедур позволит данной категории специалистов грамотно использовать знания психологии, психодиагностики и компетентно оперировать основными теоретическими концепциями и практическими навыками для адекватного подбора методов и ведения работы по коррекции химических и нехимических зависимостей у учащихся.

Пререквизиты курса

Для освоения данного курса необходимы знания, умения и навыки, полученные при изучении таких учебных дисциплин, как «Общая психология», «Социальная психология», «Психоконсультирование», «Психодиагностика», «Возрастная психология», «Основы психологического тренинга», «Основы психотерапии».

Постреквизиты курса

После изучения данного курса слушатели должны овладеть следующими знаниями, умениями и навыками:

- 1) умение различать и диагностировать различные виды зависимостей;
- 2) умение подобрать психокоррекционные методики;
- 3) умение целенаправленно применять психокоррекционные методики;
- 4) умение чётко отличать случаи, входящие в компетенцию психолога и социального педагога, от случаев, с которыми данный индивид должен быть направлен к наркологу или психиатру.

Таким образом, знания, полученные в рамках данного курса, обеспечивают более высокий уровень теоретической, научной и практической подготовки школьных психологов и социальных педагогов.

Цели и задачи курса

Целью курса «Профилактика распространения социальных эпидемий в сфере образования» явля-

ется усвоение основных категорий, понятий, направлений и методов диагностики и коррекции зависимостей и применение их в практической деятельности.

Задачи курса:

- сформировать у слушателей конкретные и научно-упорядоченные представления о разных видах зависимостей;
- сформировать умения диагностировать и квалифицировать состояние, проблему ученика и его ближайшего окружения;
- выстраивать стратегию психологического процесса, использовать различные методы индивидуальной и групповой работы;
- использовать технологии психокоррекционной работы с учащимися с рисками вовлечения в психологические зависимости;
- документировать и анализировать собственную профессиональную деятельность, согласно уставным требованиям.

2. Содержание курса

Дисциплина	Аудиторные часы			СРС
	Всего	Лекции	Практические занятия / семинары	
Психодиагностические технологии и первичное адвиктологическое консультирование школьников с рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции.	36	9	15	12
Технологии психокоррекционной работы с рисками вовлечения в химические и нехимические зависимости среди школьников.	36	6	18	12
Технологии психокоррекционной работы с рисками вовлечения в химические и нехимические зависимости, основанные на работе с семьёй.	36	6	18	12
Общее количество часов	108	21	51	36

План лекций

№ п/п	Тема	Количество часов
1.	Адвиктология, понятие социальные эпидемии (химические и нехимические зависимости). Психология и психопатология адвиктивного поведения. Распространённость рисков вовлечения в социальные эпидемии в РК.	3
2.	Концепция психологического здоровья. Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в химические и нехимические зависимости.	4
3.	Методология адвиктологического консультирования.	1
4.	Цель и задачи адвиктологического консультирования снижения рисков вовлечения в социальные эпидемии.	1
5.	Общая методология психокоррекционной работы рисками вовлечения в психологические зависимости среди учащихся общеобразовательных школ.	6
6.	Общая методология психокоррекционной работы с рисками вовлечения в психологические зависимости среди учащихся общеобразовательных школ, основанные на работе с семьёй.	6
<i>Всего часов:</i>		21

План семинаров и практических занятий

№ п/п	Наименование тем семи- нарских занятий	Изучаемые вопросы	Количество часов
1	Концепция психологи- ческого здоровья. Универсальный ал- горитм, основные мишени и варианты процесса формиро- вания устойчивости к вовлечению в хи- мические и нехими- ческие зависимости	Основные направления в изучении теории личности; теории личности в отечественной психологии: понятие личности с позиции психологии деятельности; общение и формирование личности; психология отношений; теория установки.	4
2	Диагностические тех- нологии	Цель диагностического исследования. Задачи исследо- вания. Анализ и сравнительная оценка существующих подходов диагностики.	2
3	Диагностика рисков вовлечения в химиче- скую зависимость среди детей и молодёжи (та- бак, алкоголь, наркоти- ки). Диагностика рисков вовлечения в нехими- ческие зависимости (ре- лигиозная, игровая, компьютерная и др.). Диагностика психоло- гического и социаль- ного здоровья.	Диагностика рисков вовлечения в химические и не- химические зависимости. Общие сведения. Диагно- стика уровня знаний курсантов в области технологий по выявлению лиц с рисками вовлечения в химиче- ские и нехимические зависимости. Знакомство с про- граммой по выявлению групп риска вовлечения в химическую и нехимическую зависимости: основа- ние, содержание, основные диагностические блоки, обработка и оценка результатов. Перспективы при- менения диагностической программы на практике. Выявление группы риска среди детей. Знакомство с основными диагностическими технологиями по вы- явлению групп риска вовлечения в химические и не- химические зависимости в детском возрасте: оценка биологических факторов риска, оценка развития ба- зовых приобретений, оценка развития новообразова- ний возраста, оценка степени риска в социальном окружении. Определение детского возраста и задачи развития человека в данном возрастном периоде. Работа в ма- лых группах по особенностям развития в детском возрасте: новая развивающая ситуация, центральная задача развития, ведущие факторы развития, основ- ные приобретения возраста, основной вид деятельно- сти и основные агенты развития, центральные ново- образования возраста. Работа в большой группе по определению факторов риска и возможности их ис- следования в детском возрасте. Выявление группы риска по вовлечению в хими- ческие и нехимические зависимости в подростковом возрасте. Работа в большой группе по определению факторов риска и возможности их исследования в подростковом возрасте. Определение подросткового возраста и задачи разви- тия человека в данном возрастном периоде. Работа в ма- лых группах по особенностям развития в подрост- ковом возрасте: новая развивающая ситуация, цен- тральная задача развития, ведущие факторы развития, основные приобретения возраста, основной вид дея- тельности и основные агенты развития, центральные новообразования возраста. Обсуждение в большой группе характерных особенностей подросткового кризиса. Теоретический разбор полученных результа- тов и закрепление практического опыта.	8

№ п/п	Наименование тем семинарских занятий	Изучаемые вопросы	Количество часов
4	Диагностический этап аддиктологического консультирования	<p>Общая стратегия аддиктологического консультирования. Этапы аддиктологического консультирования.</p> <p>Диагностика уровня знаний курсантов в области существующих подходов к профилактике рисков вовлечения в химическую и нехимическую зависимость. 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 супervизорской поддержкой и разбором практического случая. Оценка степени продвижения клиента по стадиям изменений в модели Дж. Прохазки, К. Ди Клементе. Закрепление теоретических знаний; Углубление профессиональных знаний и навыков. Завершающая сессия на микроцикле, обсуждение, комментарии, заключение.</p>	10
5	Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии	Основные направления в изучении теории личности; теории личности в отечественной психологии: понятие личности с позиции психологии деятельности; общение и формирование личности; психология отношений; теория установки. Демонстрация группового и индивидуального формата психологического консультирования. Практическая реализация основных этапов психологического консультирования. Демонстрация базовых техник. Обратная связь с курсантами.	6
6	Общая методология психокоррекционной работы с рисками вовлечения в психологические зависимости среди учащихся общеобразовательных школ	Определение основных принципов и технологий 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.	6
7	Мастер – класс: Освоение технологий психокоррекционной работы с рисками вовлечения в психологические зависимости среди учащихся общеобразовательных школ	Освоение технологий психокоррекционной работы, направленных на формирование и развитие базисных приобретений, новообразований возраста, социальной адаптации личности. Постановка целей, задач и мишени группового процесса. Умение диагностировать существующую проблему клиента (специальная мишень), а также определять дефицит свойств психологического здоровья. Отработка навыков. Закрепление теоретических знаний. Углубление профессиональных знаний и навыков. Завершающая сессия на микроцикле, обсуждение, комментарии, заключение.	4

№ п/п	Наименование тем семинарских занятий	Изучаемые вопросы	Количество часов
8	Общая методология психокоррекционной работы с рисками вовлечения в психологические зависимости среди учащихся, основанные на работе с семьей	Роль семьи в процессе формирования личности. Социальная дезадаптация ребёнка. Профилактика социальной дезадаптации ребёнка в семье: формы и методы. Взаимодействие семьи и школы – условие социальной адаптации детей. Методика составления программ для психолого-педагогического просвещения родителей по вопросам профилактики вовлечения детей в химические и нехимические зависимости.	6
9	Освоение технологий психокоррекционной работы с рисками вовлечения в психологические зависимости среди учащихся, основанные на работе с семьёй	Освоение технологий, направленных на работу с семьёй. Постановка целей, задач и мишени группового процесса. Умение диагностировать существующую проблему семьи (специальная мишень). Отработка навыков. Закрепление теоретических знаний. Углубление профессиональных знаний и навыков. Завершающая сессия на микроцикле, обсуждение, комментарии, заключение.	5
<i>Всего часов:</i>			51

План самостоятельной работы слушателя (СРС)

№ п/п	Содержание СРС	Количество часов	Форма контроля
1.	Психология развития. Понятие возрастных кризов	6	Методические рекомендации для родителей
2.	Аддиктологическое консультирование	4	Реферат
3.	Основные этапы аддиктологического консультирования	4	Реферат
4.	Методы психологического консультирования	4	Блок-схема
5.	Основы психологического консультирования	4	Реферат
6.	Участие в конференции и заседании круглого стола	6	Доклад, выступление, презентация (анализ личного опыта работы)
7.	Роль семьи и школы в профилактике аддикции у учащихся	8	Творческая работа
<i>Всего часов:</i>		36	

3. Оценка знаний

Оценка знаний производится в форме компьютерного тестирования.

4. Список рекомендуемой литературы

Основная литература:

1. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
2. Бурно М. Клиническая психотерапия. – М.: Академический проект, 2000. – 718 с.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер, 1998. – 743 с.
4. Карвасарский Б.Д. Учебник Психотерапия. – СПб.: Питер, 2000. – 536 с.
5. Катков А.Л. Макротехнологическая структура полимодальной экспресс-психотерапии // Ж. Психотерапия. – 2011. – № 10, Спецвыпуск к Международному конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г.
6. 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.

-
-
7. Катков А.Л. О подготовке сертифицированных специалистов по курсу экспресс-психотерапии // Ж. Психотерапия. – 2011. – № 10, Спецвыпуск к Международному конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г.
 8. Катков А.Л. О стратегии стресс-серфинга в полимодальной экспресс-психотерапии // Ж. Психотерапия. – 2011. – № 10, Спецвыпуск к Международному конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г.
 9. Катков А.Л. Полимодальная экспресс-психотерапия. // Профессиональная психотерапевтическая газета // К Международному конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г. – 2011. – № 11.
 10. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия // Ж. Психотерапия. – 2011. – № 10, Спецвыпуск к Международному конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г.
 11. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003. – 267 с.
 12. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Особенности формирования патологического влечения к азартным играм // Российский психотерапевтический журнал. – № 3. – 2008. – С. 24-28.
 13. Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимостей от психоактивных веществ (том 1-2-3-4). – Павлодар, 2004.
 14. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Каравасарского Б.Д. – Питер, 1999. – 447 с.
 15. Скокаукас Н., Саткявичуте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм // Психиатрия. Научно-практический журнал. – 2004. – № 3. – С. 59-65.
 16. 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.

Дополнительная литература

1. Аманова Ж.Ш., Юсопов О.Г. Социально-психологические тренинги в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации (всего – 6). – Павлодар, 2003.
2. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков (Российско-голландский проект): Методическое руководство. – Павлодар, 2004.
3. 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.
4. Берн Э. Групповая психотерапия // Академический проект. – М., 2000. – 423 с.
5. Берн Э. Лидер и группа. О структуре и динамике организаций и групп. – Екатеринбург, 2000. – 317 с.
6. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии // Ж. Психотерапия. – Москва, 2008. – 300 с.
7. Желдак И. Практикум по групповой психотерапии. – М., 2001. – 240 с.
8. Кори Д. Теория и практика группового консультирования. – М., 2003. – 640 с.
9. Кочунас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика // Академический проект. – М., 2000. – 238 с.
10. Лазерный диск с презентациями лекционных и практических занятий образовательного курса.
11. Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимых от психоактивных веществ (том 1-2-3). – Павлодар, 2003.
12. Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е. Наркологический энциклопедический словарь. Часть 2. Алкоголизм. – М.: Анахарис, 2001. – 190 с.
13. Нардонэ Дж., Вацлавик П. Искусство быстрых изменений. – М.: изд-во Института психотерапии, 2008. – 189 с.
14. Нардонэ Дж., Сальвини А. Магическая коммуникация. – М.: Рид Групп, 2011. – 158 с.
15. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ. – М.: 1990. – 361 с.
16. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков. От теории к практике. – М., 2001. – 215 с.
17. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: «Прогресс», 1996. – 340 с.
18. Эриксон Эрик Г. Детство и общество. – Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», СПб., 1996. – 589 с.

СИСТЕМНО-ГЕНЕРАТИВНЫЙ ПОДХОД КАК СУЩЕСТВЕННОЕ УСЛОВИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЭКОНОМИКИ

И.К. Силенок

психолог, действительный член, преподаватель и супервизор Профессиональной психотерапевтической лиги (ППЛ), директор Центра психологии и бизнес консультирования «Логос»

Для успешного осуществления модернизации экономики и внедрения инноваций в различные сферы необходимо рассматривать систему факторов, влияющих на воплощение глобальных проектов в государстве. Наряду с правовыми, экономическими и политическими факторами, влияющими на данный процесс, есть еще и психологические факторы. Для успешного проведения любых инновационных процессов необходимо, чтобы народ:

- имел мотивацию эти процессы проводить;
- верил в успешность проведения инноваций;
- активно участвовал в этих процессах.

Для того чтобы мотивировать людей на инновационные процессы необходимо проводить систему мероприятий по разъяснению необходимости изменений и утилизации возражений, неизбежно возникающих при соприкосновении с необходимостью изменений в любой сфере. Не случайно существует поговорка: «Не дай вам Бог жить в эпоху перемен». Большинство людей, как правило, боятся изменений, страх перемен имеет корни ещё в моменте рождения человека. Поэтому для его преодоления необходимо создать условия полной безопасности, то есть создать опоры, опираясь на которые человек будет чувствовать себя в безопасности, и при этом видеть или ощущать собственные перспективы лучшей жизни в ближайшем будущем. Причем эти опоры должны возникнуть в области нового, – то есть новизна будет принята людьми, если будет составлять для них опору. Здесь необходимо учитывать особенности мышления и восприятия людей, такие как: глобальное или конкретное мышление, потребность в стабильности или в новизне, ориентирование на возможности или на процесс и другие.

Система мероприятий включает в себя прямые и косвенные формы влияния. К прямым формам можно отнести:

- а) систему публикаций в средствах массовой информации;
- б) организацию и проведение конкурсов в различных сферах;
- в) организацию научно-практических конференций, круглых столов, дискуссий на тему модернизации и инноваций с привлечением к активному участию как можно большего числа людей;
- г) организацию обучения на предприятиях в форме семинаров и тренингов;
- д) проведение деловых игр.

Наиболее важно при этом вовлечение в данные процессы как можно больше молодежи, так как именно молодежь наиболее легко включается в инновационные процессы. Вовлечению в инновационные процессы также способствуют косвенные формы влияния на восприятие инноваций. К косвенным формам влияния на восприятие и мышление можно отнести:

- 1) работу психологов в общественных приемных;
- 2) проведение молодежных мероприятий различной тематики, повышающее их общественную и политическую активность.
- 3) работу с ветеранами, пенсионерами, инвалидами, детьми – сиротами и детьми, лишенными родительских прав и другими наименее социально-защищенными слоями населения.

Важно учитывать, что молодёжь будет активно участвовать только в том, что для неё интересно, весело, в том, где она ощущает свою ведущую роль. Для молодых людей важно влиять на изменения в обществе, они хотят быть творцами своей судьбы, авторами изменений в государстве, они не всегда осознают роль наставничества в этом процессе. Молодёжи и студентам свойствен юношеский максимализм и нигилизм, поэтому работа с молодёжью будет успешной только при условии использования генеративного мышления и системно-генеративного подхода. Впрочем, в период внедрения инноваций системно-генеративный подход и генеративное мышление необходимы при разъяснительной работе со всеми слоями населения.

Системно-генеративный подход – это использование системного подхода для анализа существующего состояния системы и порождения принципиально новых смыслов, идей и способов поведения в проблемных или тестовых ситуациях. Принципиально новые смыслы, идеи и способы поведения должны при этом учитывать интересы всех сторон и находить новые решения на более высоком уровне.

Генеративное мышление – это вид мышления, порождающий новые смыслы, идеи, способы поведения. Основой генеративного мышления является мыслительный эксперимент, специально организованный через систему тестовых заданий себе или другому человеку.

Мы считаем, что в период модернизации экономики и внедрений инноваций в различные сферы жизни людей наиболее валидным является систем-

но-генеративный подход к любым проблемам и сложностям. Для организации появления у человека опор в сфере нового необходимо использовать генеративное мышление. П.Ф. Силенок предлагает следующие приёмы организации генеративного мышления для работы с трудностями:

1. «Растяжка во времени» – посмотреть на теперешнюю ситуацию с перспективы 2-3 лет в будущем. Какова динамика развития ситуации, если ничего специально не менять?
2. «Предписание решения» – если бы Ваша проблема была решена, то, что это было бы за состояние и положение дел? Как Вы живёте сейчас, когда у Вас нет этой проблемы?
3. «Изменение масштабов» – проблема как частный случай чего-то значительно более крупного, масштабного. «Если представить, что мы можем очень высоко летать, так, что с высоты можно увидеть всю свою жизнь в целом. А если ещё выше, и тогда не только свою, но и жизнь всего человечества. И тогда, если жизнь всего человечества – это огромная вселенная, то моя жизнь – это маленькая звёздочка (правда, приятно почувствовать себя звёздочкой, пусть даже маленькой?). Но ведь тогда эта проблемная ситуация – это лишь маленький островок или кратер вулкана на ней. Какое значение имеет этот островок или кратер для звёздочки? Ведь без него она была бы менее интересной и разнообразной. И если теперь поблагодарить себя за это разнообразие и интерес, то, какое новое понимание ситуации и её возможных решений возникает у меня? Какие они, мои новые возможности?»
4. «Изменение пропорций» – как было бы, если бы данная проблема имела значительно больший (или, наоборот, меньший) удельный вес в Вашей жизни? Достойна ли данная проблема того, чтобы тратить на её проживание столько сил и энергии?

5. «Предписание возможностей» – если бы у Вас были все необходимые ресурсы и возможности, то чтобы Вы стали делать?
6. «Вхождение в образ» – если бы Вы человеком «Х» (знакомый или литературный персонаж, который преодолел данную проблему и имеющий соответствующие Вашим интересам привлекательные свойства), то как бы Вы действовали в теперешней Вашей ситуации?
7. Виртуальное моделирование. Возникает проблемная ситуация, и мы не знаем, как из неё выйти. В нашей личной истории нет примера решения такого рода ситуаций. И тогда реальным и, пожалуй, единственным методом, который позволит начать конструктивно действовать, будет приём виртуального моделирования: «У какого человека подобная ситуация вообще возникнуть бы не могла, а если и возникла бы, то не была бы для него столь значимой и напряженной, – он решил бы её как текущую задачу?». И думая об этом, вовсе не обязательно представлять себе какого-то конкретного человека».

Генеративный подход необходимо внедрить в ВУЗовскую, ССУЗовскую и среднюю школьную системы образования, – только таким образом мы можем обеспечить продуктивное участие молодежи в инновационных процессах, преодолев их инертность, возникшую впоследствии «лихих девяностых», преодолев проявления потребительской психологии, насажденной засильем западной культуры в кинематографе, СМИ, Интернете.

Особая роль в организации генеративного мышления у людей непосредственно задействованных в инновационных процессах принадлежит психологам и особенно школьным психологам, проводящим работу с детьми, их родителями, а также взаимодействующими с учителями. Поэтому необходимо организовать обучение педагогов-психологов основам генеративного мышления и системно-генеративному подходу.

Список использованной литературы:

1. Роберт Дилтс. Роберт Дилтс в Генеративном (Порождающем) НЛП // Вестник НЛП. – № 11.
2. Силенок И.К. Генеративный подход в работе психолога в общественных приемных // Приложение к журналу Психотерапия. – 2011. – С. 37-39.
3. Силенок П.Ф. Генеративная психология // Приложение к журналу Психотерапия. – 2008. – С. 10-14.

РЕЗЮМЕ

СОЧЕТАНИЕ ХИМИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ (практический аспект)

Н.В. Асланбекова

В статье приводится описание вопроса сочетанности субстратных и поведенческих зависимостей. На конкретных примерах показана актуальность разработки практического аспекта данной проблемы. Назрела необходимость рассмотрения сочетания двух видов аддикций наравне с полинаркоманией. Схематизированы векторы накопления клинических данных, позволяющих практикующему специалисту оказывать медицинскую помощь в этом направлении.

ОПИСАНИЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ ОПИОИДНЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ В УСЛОВИЯХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

Д.Е. Аяганова, М.В. Прилуцкая-Сущенко

Статья посвящена описанию социально-медицинского профиля клиентов с опиоидной зависимостью, проходивших лечение в амбулаторных условиях. Сделан акцент на том, как с помощью полуструктурированного интервью по методике «Индекс тяжести аддикции» (ИТА) удается выстроить целостный портрет потребителя вне стационарных наркологических услуг. Обращено внимание на практическое использование ИТА как альтернативы классическому сбору анамнеза. На примере прослежено, как данный диагностический инструментарий позволяет эффективно планировать последующую терапию клиентов амбулатории.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ МОТИВАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-НАРКОЛОГОВ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Ю.В. Бауэр, Д.Е. Аяганова

Статья посвящена описанию использования принципов мотивационной работы в амбулаторной наркологической практике. Проведен анализ потребности в обучении определенным техникам. Выявлено необходимость в формировании навыков мотивационного консультирования у врачей на этапе первичной наркологической помощи.

СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ

М.В. Прилуцкая-Сущенко, Д.Е. Аяганова, О.Ю. Дробитько

В статье описана группа соматических расстройств, возникающих в период обострения патологического влечения к психоактивным веществам. Подчеркнуто значение в определении коморбидности нозологического и наркологического диагнозов. Предложены дифференциально-диагностические критерии, которые смогут быть использованы клиницистом при верификации таких состояний.

**ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ЛИЦ
С РИСКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ИГРОВУЮ ЗАВИСИМОСТЬ
СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Л.А. Бикетова

В статье обсуждаются данные исследования взаимосвязи особенностей употребления психоактивных веществ и рисков вовлечения в игровую зависимость среди учащейся молодёжи Республики Казахстан в возрасте 16, 19, 22 лет.

**СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К КЛИНИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ
(Концептуальная модель)**

С.А. Касабян

В статье сделана попытка междисциплинарного (синергетического) подхода к анализу литературных сведений, имеющих отношение к проблеме нарушенных психосоматических соотношений у пациентов с психическими расстройствами пограничного уровня. Высказано предположение о том, что энтропия внешних и внутренних информационных процессов в ходе адаптации может приводить к изменению параметров психофизиологических функциональных систем и сопровождаться нарушением психосоматической пропорции. В качестве информативных параметров таких нелинейных открытых функциональных систем предложено рассматривать неопределенность информации и её объём.

Ключевые слова: Соматизация – Адаптация – Функциональные системы – Энтропия – Информация.

РЕЛИГИОЗНАЯ АДДИКЦИЯ

Н.Ф. Фесенко

В статье рассматривается понятие религиозной аддикции и возможность её трансформации в религиозный фанатизм. Даётся характеристика диалогического и монологического обществ, как почвы для развития религиозных структур. Приводятся данные исследования уровня религиозной аддикции среди верующих людей разных религиозных объединений.

**КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СТРАНАХ ЗАПАДА И ВОСТОКА:
СТАТУС И ПРИТЯЗАНИЯ**

А.Ф. Бондаренко

Консультативная психология является для многих стран, несмотря на широкое её распространение, сравнительно молодой дисциплиной. В связи с распространением консультативной психологии в разных странах и культурах возникает целый ряд сложностей и специфических вопросов, относящихся как к теоретическим инструментам, так и к непосредственной практике психологического консультирования. Отдельного внимания заслуживает также история и конкретные обстоятельства становления этой отрасли прикладной психологии. Особый интерес предсывают следующие вопросы: кто собственно и с какими жалобами или трудностями обращается к психологу? В каких ситуациях и по какому поводу? И далее: насколько универсальны подходы и приемы психологического консультирования? В какой мере теоретические соображения и практические способы, выработанные в определенной культурной традиции, совместимы с другими культурными традициями? В какой мере принадлежность психолога или его клиента (пациента) к одной культуре позво-

ляют воспользоваться образцами деятельности из другой культуры? Статья содержит краткий обзор специфики развития и перспектив консультативной психологии на Западе и в странах СНГ.

Ключевые слова: консультативная психология, США, Канада, Австралия, Новая Зеландия, Великобритания, СНГ.

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НАРКОЗАВИСИМОСТИ, ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ И УХОДУ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ (рекомендации для внедрения в систему наркологической помощи Украины)

А.Л. Катков

В статье «Интегрированный подход к лечению наркозависимости, профилактике ВИЧ и уходу для потребителей наркотиков (рекомендации для внедрения в систему наркологической помощи Украины)» автора А.Л. Каткова приведены основные характеристики рассматриваемого комплексного подхода – содержательные, структурные, организационные. Основной акцент делается на необходимость эффективного взаимодействия секторов государственных наркологических ЛПУ и профильных НПО, действующих в сфере профилактики распространения ВИЧ среди наркопотребителей. Описываются основные целевые установки и содержательные компоненты такого взаимодействия. Анализируется система дифференцированных мероприятий, необходимых для полноценного внедрения интегрированного подхода к лечению наркозависимых и профилактике ВИЧ в выбранных регионах Украины. Приводятся соответствующие рекомендации.

Ключевые слова: интегрированный подход, наркозависимость, профилактика ВИЧ.

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА КИЕВА

А.Л. Катков

В статье «Оценка потенциала системы наркологической помощи г. Киева» автора А.Л. Каткова приведены результаты комплексного исследования системы наркологической помощи, действующей в г. Киеве. При этом анализируются такие параметры, как: охват и удовлетворение потребностей в наркологической помощи общих и специальных групп населения; ассортимент используемых услуг; основные дефициты системы наркологической помощи по г. Киеву; потенциал развития региональной наркологической службы. Особое внимание уделяется описанию структурных, кадровых и технологических характеристик профильной службы, а также вопросам, связанным с оказанием первичной и специализированной наркологической помощи потребителям инъекционных наркотиков (ПИН). Сделаны выводы о возможностях и направлениях развития системы наркологической помощи г. Киева в ближайшей и среднесрочной перспективе.

Ключевые слова: наркологическая помощь, оценка потенциала.

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ПОЛТАВЫ

А.Л. Катков

В статье «Оценка потенциала системы наркологической помощи г. Полтавы» автора А.Л. Каткова приведены результаты комплексного исследования системы наркологической помощи, действующей в г. Полтаве. При этом анализируются такие параметры, как охват и удовлетворение потребностей в наркологической помощи общих и специальных групп населения, ассортимент используемых услуг. Особое внимание уделяется описанию структурных, кадровых и технологических характеристик профильной службы, а также вопросам, связанным с оказанием первичной и специализированной наркологической помощи потребителям инъекционных наркотиков. Делаются выводы о перспективных возможностях и направлениях развития системы наркологической помощи в г. Полтаве.

Ключевые слова: наркологическая помощь, оценка потенциала.

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ХАРЬКОВА

А.Л. Катков

В статье «Оценка потенциала системы наркологической помощи г. Харькова» автора А.Л. Каткова приведены результаты комплексного исследования системы наркологической помощи, действующей в г. Харькове. При этом анализируются такие параметры, как охват и удовлетворение потребностей в наркологической помощи общих и специальных групп населения; ассортимент используемых услуг. Особое внимание уделяется описанию структурных, кадровых и технологических характеристик профильной службы, а также вопросам, связанным с оказанием первичной и специализированной наркологической помощи потребителям инъекционных наркотиков. Делаются выводы о перспективных возможностях и направлениях развития системы наркологической помощи в г. Харькове.

Ключевые слова: наркологическая помощь, оценка потенциала.

СИСТЕМНО-ГЕНЕРАТИВНЫЙ ПОДХОД КАК СУЩЕСТВЕННОЕ УСЛОВИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЭКОНОМИКИ

И.К. Силенок

В статье освещается необходимость использования системного генеративного подхода и генеративного мышления при работе с населением в период модернизации экономики и внедрения инноваций в различные сферы. Так же коротко раскрывается сущность генеративного подхода и генеративного мышления. Освещается роль молодежи в период внедрения инноваций.

Ключевые слова: модернизация экономики, инновации, психологические факторы, системно-генеративный подход, генеративное мышление.

SUMMARY

COMBINATION OF CHEMICAL AND BEHAVIOURAL DEPENDENCES (practical aspect)

N.V. Aslanbekova

The description of a question of a combination of substrate and behavioral dependences is provided in article. On concrete examples relevance of development of practical aspect of this problem is shown. Ripened the need of treating of a combination of two types of addiction on an equal basis with a poly addiction. Vectors of accumulation of the clinical data allowing the practicing expert to render the medical care in this direction are schematized.

THE DESCRIPTION OF A SOCIAL AND MEDICAL PROFILE OF OPIOID DRUG DEPENDENT IN THE CONDITIONS OF GRANTING AN ANTIRECURRENT AMBULATORY CARE

D.E. Ayaganova, M.V. Prilutskaya-Sushenko

Article is devoted to the description of a social and medical profile of clients with the opioid dependence, passing treatment in out-patient conditions. The emphasis is placed on how by means of the semi-structured interview by a technique «An index of gravity of an addiction» (IGA) is possible to build an integrated portrait of the consumer out of stationary narcological services. Paid attention to practical use of IGA as alternatives to the classical collecting of the anamnesis. On an example it is tracked as these diagnostic tools allow to plan the subsequent therapy of clients of an ambulatory effectively.

ASSESSMENT OF APPLICATION OF ELEMENTS OF MOTIVATIONAL WORK IN PRACTICE OF NARCOLOGISTS OF AN OUT-PATIENT LINK

Yu.V. Bauer, D.E. Ayaganova

Article is devoted to the description of use of the principles of motivational work in out-patient narcological practice. The analysis of requirement for training in certain technics is carried out. Need for formation of skills of motivational consultation at doctors at a stage of primary narcological help is taped.

SOMATIC DISORDERS IN STRUCTURE OF A PATHOLOGICAL INCLINATION TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

M.V. Prilutskaya-Sushenko, D.E. Ayaganova, O.Yu. Drobotko

In article the group of the somatic disorders arising in the period of an exacerbation of a pathological inclination to psychoactive substances is described. Value in definition of a comorbid of nosological and narcological diagnoses is emphasized. Differential and diagnostic criteria which will be able to be used by the clinician at verification of such conditions are offered.

FEATURES OF THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AMONG PERSONS WITH RISKS OF INVOLVEMENT IN GAME ADDICTION AMONG STUDYING YOUTH IN KAZAKHSTAN REPUBLIC

L.A. Biketova

In this article researches of interrelation of features of the use of psychoactive substances and risks of involvement in game addiction among studying youth of Kazakhstan Republic at the age of 16, 19, 22 years are discussed.

**SYSTEMIC APPROACH TO THE CLINICAL ANALYSIS OF PSYCHOSOMATIC RATIOS AT
PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS OF BOUNDARY LEVEL**
(Conceptual model)

S.A. Kasabyan

In this article made attempt of interdisciplinary (synergetic) approach to the analysis of the literary data concerning a problem of broken psychosomatic ratios at patients with mental disorders of boundary level. It is suggested that entropy of external and internal information processes during adaptation can lead to change of parameters of psychophysiological functional systems and be accompanied by disturbance of a psychosomatic proportion. As informative parameters of such nonlinear open functional systems it is offered to survey uncertainty of information and its volume.

Keywords: Somatisation – Adaptation – Functional systems – Entropy – Information.

RELIGIOUS ADDICTION

N.F. Fesenko

In article the concept of a religious addiction and possibility of its transformation in religionism is surveyed. The characteristic of dialogical and monological societies, as soils for development of religious structures is given. Data of researches of level of a religious addiction among believing people of different religious associations are given.

ADVISORY PSYCHOLOGY IN THE WEST AND EAST COUNTRIES: STATUS AND CLAIMS

A.F. Bondarenko

The advisory psychology is for many countries, despite its wide circulation, relatively young discipline. Due to the diffusion of advisory psychology in the different countries and cultures there is a number of difficulties and the specific questions relating both to theoretical tools, and to immediate practice of psychological consultation. The separate attention is deserved also by history and concrete circumstances of a becoming of this branch of applied psychology. Particular interest in following questions: who actually and with what complaints or difficulties addresses to the psychologist? In what situations and in what occasion? And further: How universal are approaches and receptions of psychological consultation? In what measure theoretical reasons and the practical ways developed in certain cultural tradition, are compatible to other cultural traditions? In what measure belonging of the psychologist or his client (patient) to one culture allow to use models of activity from other culture? Article contains the short review of specifics of development and prospects of a advisory psychology in the West and in CIS countries.

Keywords: advisory psychology, USA, Canada, Australia, New Zealand, Great Britain, CIS.

**INTEGRATED APPROACH TO DRUG ADDICTION TREATMENT,
PREVENTION OF HIV AND CARE FOR CONSUMERS OF DRUGS**
(the reference for introduction in system of the narcological help of Ukraine)

A.L. Katkov

The main characteristics of a surveyed integrated approach are provided in the article «Integrated Approach to Drug Addiction Treatment, Prevention of HIV and Care for Consumers of Drugs (the Reference for Introduction in System of the Narcological Help of Ukraine)» by the author A.L. Katkov – substantial, structural, organizational. The main emphasis is placed on need of effective interaction of sectors of the state narcological LPU and the profile NGO operating in the sphere of prevention of diffusion of HIV among drug consumers. The main purposes and substantial components of such interaction are described. The system of the differentiated actions necessary for full introduction of an integrated approach to treatment of drug dependent and prevention of HIV in chosen regions of Ukraine is analyzed. The corresponding references are provided.

Keywords: integrated approach, drug addiction, HIV prevention.

ASSESSMENT OF CAPACITY OF SYSTEM OF THE NARCOLOGICAL HELP OF KIEV

A.L. Katkov

Results of complex research of system of the narcological help in Kiev are given in the article «Assessment of Capacity of System of the Narcological Help of Kiev» by author A.L. Katkov. Such parameters, as are thus analyzed: coverage and satisfaction of requirements for the narcological help of the general and special groups of the population; the range of used services; main deficiencies of system of the narcological help in Kiev; potential of development of regional narcological service. The special attention is paid to the description of structural, personnel and technical characteristics on profile service, and also the questions bound to rendering primary and specialized narcological help to the consumers of injecting drugs. Conclusions are drawn on opportunities and the directions of development of system of the narcological help of Kiev in the near-term and medium-term outlook.

Keywords: narcological help, potential assessment.

ASSESSMENT OF CAPACITY OF SYSTEM OF THE NARCOLOGICAL HELP OF POLTAVA

A.L. Katkov

Results of complex research of system of the narcological help in Poltava are given in the article «Assessment of Capacity of System of the Narcological Help of Poltava» by author A.L. Katkov. Such parameters, as coverage and satisfaction of requirements for the narcological help of the general and special groups of the population, the range of used services are analyzed. The special attention is paid to the description of structural, personnel and technical characteristics on profile service, and also the questions bound to rendering primary and specialized narcological help to consumers of injecting drugs. Conclusions about perspective opportunities and the directions of development of system of the narcological help in Poltava are drawn.

Keywords: narcological help, potential assessment.

ASSESSMENT OF CAPACITY OF SYSTEM OF THE NARCOLOGICAL HELP OF KHARKOV

A.L. Katkov

Results of complex research of system of the narcological help in Kharkov are given in the article «Assessment of Capacity of System of the Narcological Help of Kharkov» by author A.L. Katkov. Such parameters, as coverage and satisfaction of requirements for the narcological help of the general and special groups of the population are analyzed; the range of used services. The special attention is paid to the description of structural, personnel and technical characteristics on profile service, and also the questions bound to rendering primary and specialized narcological help to consumers of injecting drugs. Conclusions about perspective opportunities and the directions of development of system of the narcological help in Kharkov are drawn.

Keywords: narcological help, potential assessment.

SYSTEMIC AND GENERATIVE APPROACH AS ESSENTIAL CONDITION OF MODERNIZATION OF ECONOMY

I.K. Silenok

In article necessity of use of systemic generative approach and generative thinking is shined during the work with the population during modernization of economy and introduction of innovations to various spheres. As the essence of generative approach and generative thinking shortly reveals. The youth role during introduction of innovations is shined.

Keywords: modernization of economy, innovation, psychological factors, systemic and generative approach, generative thinking.