

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XXI

№ 1

2015

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); профес-
сор О.Т. Жужжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук
Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Марки-
на (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; А.К. Тастанова;
доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; кандидат медицинских наук
А.А. Кусаинов; кандидат медицинских наук Ж.К. Мусабекова, Е.Б. Байкенов

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 (Павло-
дар); 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 ме-
дицинских 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

Подписной индекс журнала в АО «Казпочта» – 74753

Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93
E-mail: neovitae@mail.ru

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

- Байкенов Е.Б.*
Когнитивно-поведенческая терапия в наркологической
практике 5-8
- Катков А.Л.*
Оценка эффективности психотерапевтического вмеша-
тельства: состояние проблемы 9-33

ПСИХИАТРИЯ

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

- Вейсенберг С.Д., Жунусова Ж.С., Ковалева Л.П.*
Опыт применения препарата Мидокалм в практике ле-
чения транзиторных тиков у детей и подростков 34-38

НАРКОЛОГИЯ

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

- Мусабекова Ж.К., Байкенов Е.Б.*
Информационные технологии в наркологии 39-43
- Невирко Д.Д.*
Основные тенденции состояния наркоситуации и не-
которые вопросы реабилитации и ресоциализации в
государствах-членах Организации Договора о коллек-
тивной безопасности (ОДКБ) 44-49
- Проект приказа*
О внесении изменений в приказ и.о. Министра здраво-
охранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года
№ 814 «Об утверждении Правил учёта, наблюдения и
лечения лиц, признанных больными алкоголизмом,
наркоманией и токсикоманией» 50-57

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

- Россинский Ю.А., Лебедев Ф.О.*
Психологическая адаптация к диагнозу родителей, чьи
дети инфицированы ВИЧ и приверженность к АРВТ 58-65

ОБСУЖДЕНИЯ, ДИСКУССИИ

**Том XXI
№ 1
2015 год**

- Кисина М.Ш.*
Национальный превентивный механизм в Республике
Казахстан 66-72
- Кисина М.Ш.*
Управление рисками в наркологических медицинских
организациях 73-79
- Резюме* 80-83

**выходит
4 раза в год**

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

PSYCHOTHERAPY

FOUNDERS:

- Baykenov E.B.*
Cognitive-behavioral therapy in narcological practice 5-8
- Katkov A.L.*
Assessment of efficiency of psychotherapeutic
intervention: state of the problem 9-33

PSYCHIATRY

- Veisenberg S.D., Zhunusova Zh.S., Kovaleva L.P.*
Experience of application of a preparation Midokalm in
practice of treatment of the transient tics at children and
teenagers 34-38

**Professional
Psychotherapeutic
League**

NARCOLOGY

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

- Musabekova Zh.K., Baykenov E.B.*
Information technology in narcology 39-43
- Nevriko D.D.*
The main trends of the drug situation and some of the
issues of rehabilitation and resocialization in the Member
States of the Collective Security Treaty Organization
(CSTO) 44-49
- The draft order*
On Amendments to the Order of Acting Minister of
Health of Kazakhstan Republic on December 2, 2009
№ 814 «On Approval of Rules of accounting, monitoring
and treatment of persons found sick alcoholism, drug
addiction and substance abuse» 50-57

HEALTH PSYCHOLOGY. VALEOLOGY.

- Rossinsky Y.A., Lebedev F.O.*
Psychological adaptation to the diagnosis of parents
whose children are infected with HIV and adherence to
antiretroviral therapy 58-65

DISCUSSIONS

- Volume XXI
№ 1
2015**
- Kisina M.Sh.*
National Preventive Mechanism in Kazakhstan Republic 66-72
- Kisina M.Sh.*
Risk management in drug treatment organizations 73-79
- Published 4 times
in a year**
- Summary* 80-83
-
-

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.Б. Байкенов

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

В настоящее время среди психологических вмешательств в лечении широкого спектра психических расстройств зарекомендовали себя подходы, основанные на когнитивно-поведенческой теории [1, 2]. По прогнозам Дж. Прохаски [3] в отношении теоретических ориентаций в психотерапии в будущем когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) будет занимать лидирующее положение. Широкое использование данных подходов обусловлено наличием доказательной базы в отношении как клинической, так и экономической эффективности [4, 5]. Также убедительная доказательность эффективности КПТ была продемонстрирована и в отношении лечения наркологических больных [6].

Когнитивно-поведенческая терапия представляет собой комбинацию когнитивной и поведенческой терапии. С точки зрения поведенческой психологии употребление наркотических веществ является выученным поведением и формируется посредством оперантного обусловливания – позитивного и негативного подкрепления [7]. Так, например в качестве позитивно подкрепляющего стимула выступает эйфоризирующий эффект наркотических веществ, социальное признание со стороны референтной группы и др., а в качестве негативно подкрепляющего стимула выступает анальгезирующий эффект многих наркотиков и, прежде всего, прекращение абстинентных проявлений после их приёма. Кроме того, обсуждается гипотеза снятия напряжения, в рамках которой потребление наркотиков рассматривается, как попытка редуцировать тревогу и напряжение [8]. Наряду с оперантным обусловливанием важную роль в развитии поведения, связанного с потреблением наркотиков, играет и классическое обусловливание [9], в ходе которого действие наркотика ассоциируется элементами с окружающей среды, в которой происходило потребление, и впоследствии ранее нейтральные стимулы данной окружающей среды приобретают значение условных стимулов. Данный механизм лежит в основе объяснительной модели возникновения тяги к употреблению наркотиков.

Необходимо отметить, что поведенческая терапия, которая возникла из экспериментальной психологии, показала достаточно хорошие результаты в клинической практике. При этом данный подход базировался на простой формуле «стимул – реакция» и игнорировал когнитивные конструкции как недоступные для исследования и понимания. Однако, несмотря на достаточный успех в лечении простых расстройств посредством поведенческой терапии [10] отмечались некоторые трудности в её использовании в отношении более сложных проблем. Данный факт заставил ученых обратиться к когнитивным переменным как важным факторам в формировании поведения [11, 12, 13]. Также важную роль когнитивным процессам в работах А. Бека А. Эллиса [14, 15]. Таким образом, отмечается тенденция к отходу от прежде доминирующего в поведенческой науке мнения, что когнитивные процессы являются недоступными для понимания.

Когнитивный компонент обсуждаемых подходов акцентирует внимание на познавательной деятельности. В основе когнитивной терапии лежат три основных положения [16]:

- 1) когнитивная деятельность влияет на поведение;
- 2) когнитивная деятельность может контролироваться и изменяться;
- 3) желаемое изменение поведения может быть осуществлено через когнитивные изменения.

Другими словами, с точки зрения когнитивной терапии, в основе психологических и поведенческих нарушений личности лежит нарушение паттерна когнитивной переработки. Следовательно, основной целью терапии является выявление, оценка и изменение дисфункционального мышления, которое может быть различного рода (избирательная абстракция, произвольное умозаключение, чрезмерные обобщения и т.д.). Согласно когнитивной модели самочувствие людей определяется не событиями окружающей средой, а тем, что и как они думают об этих событиях [17, 14, 15].

Основателем когнитивной терапии считается А. Бек, кроме того были разработаны другие фор-

мы когнитивной терапии. Особо следует отметить рационально-эмотивную терапию Альберта Эллиса [15], в которой большой акцент делается на таких иррациональных идеях, как «долженствование». Ниже представлены некоторые дисфункциональные убеждения наркологических больных [18]:

- «Я хочу выпить (уколоться) и я должен сделать то, что я хочу»;
- «Я не могу это терпеть (дискомфорт, депрессия и т.д.)»;
- «То, что со мной происходит это ужасно»;
- «Окружающие должны быть другими»;
- «Мир должен быть другим»;
- «Если я пью или употребляю наркотики, я буду получать некоторое облегчение, и я должен чувствовать себя легко».

На основании разработанных теоретических моделей предлагается ряд технологий, которые могут быть использованы в консультировании наркологических больных. В частности такие, как обучение пациентов распознаванию и избеганию разрушительных мыслей и поведения, идентификации триггеров, запускающих влечение к наркотикам, алкоголю или никотину. Также выделяется основанный на принципах поведенческой психологии метод ситуационного управления, суть которого заключается в поощрении желательного поведения. В качестве поощрения могут выступать различные стимулы, например какие-либо привилегии, предоставление работы с постоянной заработной платой, талоны на услуги и т.д. Данные показывают, что тщательно структурированные программы ситуационного управления достаточно эффективны [19].

На основе мета-анализа М.В. Powers и др. [20] указывают, что эффективность поведенческой терапии при лечении наркотической и алкогольной зависимости возрастает, если в процесс вовлекаются супружеские пары, по сравнению с индивидуальным консультированием. Среди поведенческих подходов в настоящее время широко обсуждается диалектическая поведенческая терапия [21]. Данный подход базировался на когнитивно-поведенческой терапии и в ходе своего развития включил в себя элементы не только поведенческой науки, но и диалектической философии, а также практики дзен [22]. Несмотря на то, что диалектическая поведенческая терапия изначально была ориентирована на лечение лиц с пограничными расстройствами личности, последние данные показывают эффективность этого подхода и в отношении лиц зависимых от психоактивных веществ, а также при сочетании этих расстройств [23]. Диалектическая поведенческая терапия придерживается позиции

полного воздержания от употребления психоактивных веществ, однако в случае «срыва» предполагается полное безоценочное принятие пациента и направленность вмешательств на предупреждение «срывов» в будущем, после чего вновь происходит ориентация на полное воздержание. В своём репертуаре диалектическая поведенческая терапия активно использует такие поведенческие технологии, как снижение влечения к психоактивным веществам, тренинг навыков, использование подкреплений при воздержании [22].

С развитием компьютерных технологий отмечается их внедрение и в область психотерапии. Так К.М. Carroll с соавт. [24] разработали программный модуль «СВТ4СВТ», представляющий компьютерную версию когнитивно-поведенческой терапии. Программное обеспечение включает в себя клипы, фильмы, содержанием которых являются различные ситуации, в которых люди противостоят наркотикам. Кроме этого программа включает интерактивные графики, игры, а также практические упражнения, направленные на формирование навыков идентификации и избегания ситуаций высокого риска, работы с тягой и профилактики ВИЧ. Рандомизированные клинические исследования показали, что использование «СВТ4СВТ» является эффективным дополнением к стандартной терапии зависимости от психоактивных веществ [25].

Когнитивно-поведенческая терапия изначально не была основана на идеях современной когнитивной науки и с точки зрения К.С. Dobson [16] для улучшения и повышения её эффективности необходима большая интеграция данного подхода с современными данными, полученными когнитивной наукой.

Когнитивная наука является бурно развивающейся отраслью науки и представляет собой интеграцию когнитивной психологии, физиологии, нейронатологии, информатики, лингвистики антропологии и философия. В центре внимания когнитивной психологии лежат такие ментальные процессы познания, как восприятие, мышление, память, оценка, планирование, обработка информации [26, 27, 28]. С позиции некоторых исследований когнитивной науки при зависимости от наркотиков, наряду со специфическими изменениями на нейронном уровне, отмечаются изменения когнитивных функций, в частности речь идёт о дефиците контроля над когнитивными процессами, при которых отмечается селективность внимания по отношению к стимулам ассоциированным с наркотиками и данные процессы, как было указано выше, носят относительно автоматизированный характер [29, 30]. В рамках этого направления была разработана компьютеризиро-

ванная программа-тренинг – модификация когнитивных ошибок, которая направлена на изменение когнитивных процессов. Пилотные исследования показали эффективность данного подхода, что указывает на перспективность дальнейших исследований в этом направлении [31, 32]. Так же, как и в случае с «СВТ4СВТ», авторы утверждают, что модификация когнитивных ошибок может служить хорошим дополнением к базовым программам когнитивно-поведенческой терапии.

Несмотря на научную обоснованность когнитивно-поведенческих подходов, некоторые исследователи отмечают ряд трудностей в связи с их применением в клинической практике. Так, например J. Kelly [33] указывает, что при хорошей эффективности в строго контролируемых условиях когнитивно-поведенческая терапия, почему-то не всегда даёт хорошие результаты в клинических условиях. Автор связывает это с рядом причин. Во-первых, в клинических условиях встречаются разные пациенты, нежели в условиях строго контролируемого исследования. Во-вторых, подготовка специалистов, оказывающих услуги в рамках когнитивно-поведенческих подходов, является различной. Согласно докладу CASA Колумбия [34], в некоторых государствах наличие сертификации специалистов в этой области не является обязательной, кроме того встречаются страны, где для сертификации специалистов не требуется специального образования, а в некоторых странах достаточно среднего образования, и лишь в одном государстве для практики в этой области необходима степень магистра. В подготовке специалистов в области когнитивно-поведенческой терапии широко используются семинары, однако, подобные образовательные мероприятия, по мнению A. Budney [33] не обеспечивают достаточный уровень подготов-

ки специалистов. В целом образовательные семинары, конечно, улучшают знания участников, но, как правило, контроль этих знаний проводится непосредственно после обучения и, как полагает автор, данные знания редко сохраняются в течение длительного времени. В связи с этим, для формирования устойчивых знаний и навыков в этой области важным является поддержание контактов с провайдерами образовательных услуг по окончании семинаров в виде последующих консультаций, супервизий и обратной связи. И наконец, в третьих J. Kelly [33] указывает что, несмотря на то, что многие специалисты в области психического здоровья говорят, что они используют когнитивно-поведенческую терапию, на самом деле их подходы отличаются от тех процедур, которые были доказаны в научных исследованиях.

Таким образом, анализ данных показывает, что когнитивно-поведенческая терапия является достаточно перспективным направлением в практике психотерапии и психологического консультирования, в том числе и в области наркологии. Данный подход предлагает относительно чёткие знания в области теории, объясняющей функционирование и поведение человека, в том числе поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ, а также чётко структурированные подходы консультирования. Перспективность этого направления обуславливает актуальность научных исследований в этой области. В прикладном отношении реализация когнитивно-поведенческих подходов должна осуществляться профессионально подготовленными специалистами, следовательно, важным фактором повышения качества программ медико-социальной реабилитации является подготовка, направленная на повышение профессиональной компетентности данных специалистов.

Список использованной литературы:

1. Butler A.C. et al. *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses // Clinical psychology review.* – 2006. – Vol. 26, № 1. – P. 17-31.
2. Stewart R.E., Chambless D.L. *Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies // Journal of consulting and clinical psychology.* – 2009. – Vol. 77, № 4. – P. 595.
3. Прохазка Д., Норкросс Д. *Системы психотерапии: пособие для специалистов в области психотерапии и психологии.* – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005.
4. Barlow D.H., Levitt J.T., Bufka L.F. *The dissemination of empirically supported treatments: A view to the future // Behaviour Research and Therapy.* – 1999. – Vol. 37. – P. 147-162.
5. Clark D.M. *Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience // International Review of Psychiatry.* – 2011. – Vol. 23, № 4. – P. 318-327.
6. Morgenstern J., Longabaugh R. *Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action // Addiction.* – 2000. – Vol. 95, № 10. – P. 1475-1490.
7. Скиннер Б. *Оперантное поведение // История зарубежной психологии.* – 1986. – P. 30-60.
8. Перре М., Бауманн У. *Клиническая психология.* – СПб.: Питер, 2002.

-
-
9. Аткинсон Р.Л. и др. Введение в психологию. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
 10. Kanfer F.H., Hagerman S.M. Behavior therapy and the information processing paradigm // *Theoretical issues in behavior therapy*. – 1985. – P. 3-33.
 11. Mahoney M.J. Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy // *American Psychologist*. – 1977. – Vol. 32, № 1. – P. 5.
 12. Hollon S.D., Kendall P.C. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire // *Cognitive therapy and research*. – 1980. – Vol. 4, № 4. – P. 383-395.
 13. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification // *Helping people change: A textbook of methods*. – 1986. – P. 346-380.
 14. Beck J.S. *Cognitive therapy*. – John Wiley & Sons, Inc, 1995.
 15. Ellis A. Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT) // *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. – 1995. – Vol. 13, № 2. – P. 85-89.
 16. Dobson K.S. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. – Guilford Press, 2009.
 17. Beck A.T. Cognitive therapy: A 30-year retrospective // *American psychologist*. – 1991. – Vol. 46, № 4. – P. 368.
 18. Bond F.W., Dryden W. *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. – John Wiley & Sons, 2005.
 19. Rawson R.A. et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals // *Addiction*. – 2006. – Vol. 101, № 2. – P. 267-274.
 20. Powers M.B., Vedel E., Emmelkamp P.M.G. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. – 2008. – Vol. 28, № 6. – P. 952-962.
 21. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. – Guilford Press, 1993.
 22. Барлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам. – Санкт-Петербург, 2008.
 23. Linehan M.M. et al. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and Drug-Dependence // *The American journal on addictions*. – 1999. – Vol. 8, № 4. – P. 279-292.
 24. Carroll K.M. et al. Computer-Assisted Delivery of Cognitive-Behavioral Therapy for Addiction: A Randomized Trial of CBT4CBT // *The american journal of psychiatry*. – 2008. – Vol. 165, № 7.
 25. Carroll K.M. et al. Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy: efficacy and durability of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on methadone // *Computer*. – 2014. – Vol. 171, № 4.
 26. Anderson J.R. et al. Cognitive modeling and intelligent tutoring // *Artificial intelligence*. – 1990. – Vol. 42, № 1. – P. 7-49.
 27. Honeck R.P., Case T.J.S., Firment M.J. *Introductory readings for cognitive psychology*. – 1991.
 28. Newell A., Simon H.A. *Computer simulation of human thinking*. – Rand Corporation, 1961.
 29. Verdejo-García A., Lawrence A.J., Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2008. – Vol. 32, № 4. – P. 777-810.
 30. De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes // *Addiction biology*. – 2009. – Vol. 14, № 1. – P. 22-31.
 31. Fadardi J.S., Cox W.M. Reversing the sequence: reducing alcohol consumption by overcoming alcohol attentional bias // *Drug and alcohol dependence*. – 2009. – Vol. 101, № 3. – P. 137-145.
 32. Wiers R.W. et al. Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome // *Psychological science*. – 2011. – Vol. 22, № 4. – P. 490-497.
 33. *Monitor on Psychology [электронный ресурс]* // American Psychological Association. – 2013. — Режим доступа: www.apa.org/monitor/2013/06/addiction.aspx.
 34. *Addiction medicine: closing the gap between science and practice* // The CASA Columbia National Advisory Commission on Addiction Treatment. – New York, 2012. – 187 p.
 35. McHugh R.K., Barlow D.H. The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: a review of current efforts // *American Psychologist*. – 2010. – Vol. 65, № 2. – P. 73.
 36. Dimeff L. et al. Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2000. – Vol. 7, № 4. – P. 457-468.
 37. Miller G.A., Galanter E., Pribram K.H. *Plans and the structure of behavior*. – New York: Holt, Rinehart & Winston, 1960.
-
-

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А.Л. Катков

г. Санкт-Петербург

Актуальность вопросов, связанных с оценкой эффективности психотерапии, в последние годы существенно возросла. Такой повышенный интерес к рассматриваемой проблеме объясняется, прежде всего, вероятной перспективой изменения социального статуса профессиональной психотерапии и, соответственно, институциональных форм, в которых она представлена в современном обществе. То есть именно в том обществе, которое предельно озабочено вопросами эффективной самоорганизации, устойчивости человека во всё более агрессивной среде (а именно эти вопросы и являются стратегическим стержнем современной психотерапии) и которое постепенно осознаёт бесперспективность доминирующей идеологии технологического замещения или протезирования утрачиваемых компонентов здоровья.

Далее, проблема оценки эффективности психотерапии – это не только и не столько вопросы определения степени разработанности соответствующих прикладных технологий и соотношения уровня их адекватности с предметной сферой психотерапевтической практики. Но, прежде всего, рассматриваемая здесь проблема связана с ответом на такие вопросы, как то:

- является ли профессиональная психотерапия достаточно зрелой научной дисциплиной, обладающей разработанной методологией определения эффективности используемых технологий;
- а если нет, то в какой степени лидерам рассматриваемой специальности были разрешены методологические сложности, связанные с определением и систематизацией основных параметров, и индикаторов, оценивающих эффективность психотерапевтического вмешательства;
- исходя из всего вышесказанного – с какой степенью убедительности может быть опровергнута доминирующая ещё в недавнем прошлом точка зрения, основанная на том, что профессиональная психотерапия – это, в основном, произвольно выстраиваемая практика (ремесло, особое профессиональное искусство) с широким набором заимствованных и субъективных критериев продвижения к желаемому результату;
- и далее, конечно, необходима полноценная инвентаризация проведённых тематических исследований с получением ясных ответов на такой вопрос, как в отношении каких именно

патологических состояний, кризисных или иных ситуаций психотерапия доказательно эффективна, а так же сравнительно более эффективна, чем иные альтернативные методы вмешательства.

Именно в таком порядке мы и будем рассматривать наиболее важные аспекты рассматриваемой проблемы.

1. Соответствие психотерапии критериям самостоятельной научно-практической дисциплины

Углубленное исследование исторического контекста развития психотерапии показывает, что данное направление профессиональной деятельности переживает завершающий этап своего становления как самостоятельной научно-практической дисциплины (А.Л. Катков, 2013).

Основной вектор расширения профессиональных функций, социальной миссии психотерапии и повышения её статуса, по результатам данного исследования, был сформулирован следующим образом:

- от психотерапии стихийной – к психотерапии профессиональной;
- от психотерапии эксклюзивной (т.е. помогающей практики, обслуживающей интересы сравнительно немногочисленной группы невротизированных пациентов) – к психотерапии социальной, т.е. институализированной в общем пространстве медицины, психологии, социальной работы практики с помогающими, развивающими, саногенными и социально-стабилизирующими функциями и охватом существенной части населения;
- от нормативного ограничения профессионального статуса психотерапии (до настоящего времени рассматриваемой в Российской Федерации (РФ) в качестве субспециальности психиатрии) – к признанию за психотерапией статуса самостоятельной научно-практической дисциплины.

В частности, было показано, что в последние десятилетия имело место существенное продвижение профессиональной психотерапии по следующим позициям, являющимися общепризнанными критериями принадлежности к самостоятельному научно-практическому направлению:

- *проработанность предметной сферы* (за счёт реализации специальной исследовательской программы в 2002-2012 гг. предметная сфера профессиональной психотерапии, в основном, идентифицирована и проработана);

- *соответствие принципам верификации и симметрии* (найденно удовлетворительное объяснение фактам получения схожих результатов при использовании различных методов и разных результатов при использовании одного и того же метода в идентичных клиентских группах; идентифицирован основной «смущающий» универсальный компонент – механизм гиперпластики, разработана методология оценки весовых соотношений универсальных и специфических вкладов в итоговую эффективность психотерапевтического процесса);
- *наличие проработанных принципов фальсификации* (в отношении рабочих гипотез разработана методология установления истинности – фальсификации основных положений);
- *наблюдаемость и измеряемость предметной сферы* (предметная сфера психотерапии разработана именно таким образом, что все её основные характеристики переводятся в соответствующие параметрические ряды с разработанной методологией наблюдения, измерения и интерпретации получаемых результатов);
- *принцип простоты, ясности* (разработанная общая теория психотерапии полностью проясняет главный и наиболее востребуемый психотерапевтический эффект – возможности достижения существенных конструктивных изменений у клиента в ограниченные временные периоды – и далее, в своих концептуальных построениях отталкивается именно от этой вполне понятной и ясной позиции);
- *принцип системности* (все компоненты общей теории и выводимой отсюда практики полностью согласованы и скреплены конструкцией дисциплинарной матрицы; разработан системо-образующий стержень психотерапевтической теории; идентифицированы и проработаны все возможные векторы интеграции профессиональной психотерапии);
- *соответствие всем вышеперечисленным критериям* (следует констатировать практически полное соответствие всем выше обозначенным критериям принадлежности к системе кодифицированного научного знания).

Аргументация точки зрения того, что профессиональная психотерапия по многим признакам соответствует, как минимум, становящемуся научно-практическому направлению подтверждается значительным массивом публикаций, посвящённых обсуждению научного статуса психотерапии (Э. Ван Дойрцен-Смит, Д. Смит, 1999; А. Притц, Х. Тойфельхарт, 1999; В. Датлер, У. Фельт, 1999; М. Штайнлехер, 1999; Р. Гуттерер, 1999; Г. Шипек, 1999; Э. Вагнер, 1999; Л. Рейтер, Э. Штейнер, 1999; Е.А. Ромек, 1999;

А.Я. Варга, 2013; В.В. Макаров, 2013; Н.Ю. Хусанова, 1999, 2013).

В качестве подкрепляющего примера мы остановимся лишь на трёх, на наш взгляд, заслуживающих внимания исследованиях периодики собственно научного изучения психотерапии, которые, кроме того, исчерпывающим образом описывают поиски и обоснование методологии доказательной эффективности профессиональной психотерапии.

В первом таком исследовании R. Russee, D. Orlinsky представили следующие этапы становления научных исследований в сфере профессиональной психотерапии:

1) *период становления поля научных исследований (1927-1954 гг.)*. К этому этапу отнесены первые публикации, первые представления о появляющихся направлениях психотерапии. Так, в конце 20-х – начале 30-х годов психоаналитические институты Берлина, Лондона, Чикаго и другие начали публикации катанестических данных за длительный период. К этому же времени относятся первые описания методов психотерапии, основанных на принципах научения (Jones, 1924; Mowrer, 1938). К началу 40-х годов относится появление клиент-центрированной терапии К. Роджерса и его первые исследования изменений в процессе психотерапии и др.;

2) *период поиска научной опоры (1955-1969 гг.)*. В этот период происходит окончательное оформление основных психотерапевтических школ, и исследования принимают более формализованный и организованный характер. Наиболее известное исследование этого периода – Меннингеровский проект, посвящённый эффективности долговременного психоанализа;

3) *период расширения поля исследований и усиления их целенаправленной организации (1970-1983 гг.)*. Данный период включает в себя стремительный рост числа эмпирических исследований и оформление основных исследовательских стратегий. Интересы учёных эволюционируют от вопроса об общей эффективности психотерапии к поиску наиболее эффективных специфических интервенций для конкретных психических расстройств. Расширяется число исследуемых переменных, оформляются отдельные направления изучения составляющих психотерапии (процесс терапии, клиент, терапевт);

4) *период консолидации методологии исследований и переформулирования прежних выводов (1984-2010 гг. и далее)*. Новая эпоха исследований связана с выходом первых руководств по психотерапии и возникновением устойчивой схемы исследований на основе критериев научно-обоснованной, «доказательной» медицины или – современный термин – доказательной исследовательской практики. Основные тенденции данного этапа заключаются в возрастании сложности исследовательского поля психотерапии, увеличении числа психотерапевтических методов, тенденции к интеграции техник, росте

числа диагностических категорий психических расстройств, развитии исследовательских методов, возросших требованиях в плане предоставления убедительных доказательств эффективности, связанных с интеграцией психотерапии в систему страховой медицины и ростом общественного интереса к психотерапии в целом.

Второе исследование периодики научных изысканий в сфере психотерапии проведено Х. Кэхле в 2000 г. (цит. по Д.Д. Пуговкиной и др., 2009). Здесь выделяются три этапа:

- *первый этап* собственно научного изучения психотерапии Х. Кэхле считает 30-70-е годы прошлого века. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще, независимо от конкретной её формы, диагноза пациентов и т.п.;
- к задачам *второго этапа* относится установление связи между процессом и результатом психотерапии. В этот же период уделяется большое внимание развитию сравнительных исследований результатов воздействия различных психотерапевтических подходов;
- *третий этап* исследований психотерапии преодолевает тенденцию к групповым и статистическим подходам, к искусственно построенным экспериментальным условиям и вновь возвращается к натуралистическим методам. Дизайн исследований опять обращается к реальной практике и специфике проведения психотерапевтического лечения. При этом сохраняется стремление к контролю над процессуальными факторами, которые также подлежат изучению.

Наконец, третья масштабная работа, заслуживающая внимания, и так же касающаяся истории исследований в психотерапии, рассматривает различные принципы оценки психотерапевтических вмешательств в их историческом контексте (У. Бауманн, К. Рейнекерт-Хехт, 2012). В частности авторами описывается появление следующих методов: 1) общая оценка эффективности, используемая в 30-е годы прошлого столетия; 2) модель контрольных групп, используемая с начала 50-х годов; 3) дифференцированное исследование терапии – конец 60-х годов; 4) концепция перспектив – 70-е годы; 5) фазовая модель процесса исследования – начало 80-х годов; 6) процедура мета-анализа – 80-е годы; 7) процесс управления качеством, доказательная психотерапия – начало 90-х годов прошлого столетия. Каждая из приведённых моделей оценки эффективности психотерапии, по мнению авторов, имеет свои преимущества и до настоящего времени может быть использована в соответствующих исследовательских контекстах.

В общей сложности вышеприведённые масштабные исследования опираются на ссылки более чем 400 авторитетных источников с научно-аргументи-

рованными доказательствами эффективности профессиональной психотерапии, полученными в ходе корректных экспериментов.

Далее, следует специально отметить факт того, что с учётом результатов цитируемых исследований в период 2002-2012 гг. была разработана базисная исследовательская программа, полностью учитывающая специфику рассматриваемой дисциплины и, одновременно, являющаяся основным критерием принадлежности профессиональной психотерапии к кодифицированной системе научных знаний в качестве самостоятельного научно-практического направления (научно-исследовательская программа – НИП) – центральный концепт в философско-методологических разработках известного в данной сфере специалиста И. Лакатоса – определяется как «последовательность научных теорий, которая выстраивается как развитие некоей исходной – как правило, фундаментальной – теории, основные идеи, методы и предложения которой выдвигаются интеллектуальными лидерами науки и усваиваются научными сообществами». Сам И. Лакатос считал, что наука, как таковая, может рассматриваться в качестве гигантской исследовательской программы, подчиняющейся основному эвристическому правилу К. Поппера: «Выдвигай гипотезы, имеющие большее эмпирическое содержание, чем у предшествующих» (И. Лакатос, 2003).

Научно-исследовательская программа, формирующая системо-образующий стержень психотерапии как самостоятельного научно-практического направления, в нашем варианте представлена следующими основными разделами:

1. Общий раздел

1) констатирующая часть, с результатами анализа основных исторических, эволюционных и социальных контекстов и выводимыми отсюда установочными позициями в отношении развития профессиональной психотерапии;

2) эпистемологическая часть, с результатами углубленного эпистемологического анализа и выводимым отсюда философско-методологическим обоснованием научных оснований психотерапии;

3) аналитическая часть с результатами идентификации предметной сферы профессиональной психотерапии и формированием наиболее перспективной общей и частной проблематики исследовательской программы;

4) концептуальная часть, с обозначением нового системообразующего стержня – «жесткого ядра», в понимании И. Лакатоса – формируемого концептами ассоциированной эпистемологической платформы, основополагающими концептами общей теории психотерапии;

5) гипотетическая часть, которая представлена пакетами проработанных гипотез, распределённых

по первым трём уровням дисциплинарной матрицы; разработанная, с учётом стержневой концептуальной базы, гипотетическая часть ясно демонстрирует потенциал положительной эвристики обновлённого «жёсткого ядра» ассоциированной эпистемологической платформы, а также – состоятельность идентифицированной предметной сферы профессиональной психотерапии.

II. Раздел целеполагания

1) иерархия целей НИП, расписанная в соответствии с установленными приоритетами в сфере развития профессиональной психотерапии, матричным принципом организации тематических научных исследований, приоритетными прикладными проблемами;

2) систематизация задач, необходимых для достижения каждой из планируемых целей;

3) структурное оформление основных направлений исследовательской деятельности (в том числе фундаментальных и прикладных);

4) краткое описание результатов, достижение которых планируется по каждому из разработанных направлений НИП, с выведением перспективы компенсации дефицита системы кодифицированной по матричному принципу экспертной базы знаний, а также выведение итоговых индикаторов эффективности.

III. Специальный раздел

В данном разделе каждый пакет рабочих гипотез и соответствующее направление исследовательской деятельности выделяются в отдельные подразделы.

Эти подразделы содержат исчерпывающую информацию по следующим позициям:

- чёткая формулировка рабочей гипотезы;
- определение целей, задач, планируемых результатов по каждому направлению исследования и исследовательскому проекту;
- выделение существенных характеристик (параметров), подлежащих измерению;
- определение основных и вспомогательных методов измерения соответствующих параметров;
- определение процедуры синтеза и последующей интерпретации полученных данных;
- определение (или констатация приверженности к принципам доказательной исследовательской практики) методологии установления степени надёжности полученных данных;
- определение принципов коррекции первичной концептуальной базы и рабочих гипотез;
- разработка методологии сбора данных;
- формирование итогового дизайн-проекта по каждому исследовательскому фрагменту;
- разработка необходимого ресурсного обеспечения (состав бригады специалистов – исследователей, лабораторное обеспечение,

информационное обеспечение, административная и финансовая поддержка, техническая поддержка и пр.);

- разработка стратегии реализации и продвижения исследовательских проектов в соответствии с институализированной процедурой выполнения профильных научно-технических программ (НТП), публикаций, защиты научных результатов в профильных учёных и диссертационных советах, научных комитетах, аккредитованных профессиональных ассоциациях.

IV. Институциональный раздел

В данном разделе прописываются процедуры институализации научных достижений в содержание профессиональной психотерапевтической практики.

Далее, в рассматриваемом разделе таким же образом прописываются процедуры институализации достижений психотерапевтической науки в воспитательные, образовательные, консультативные, иные развивающие практики, реализуемые на основе мета модели социальной психотерапии.

Процесс институализации инновационных психотерапевтических технологий, охватывающих все направления функциональной активности – помогающее, развивающее, саногенное, социально-стабилизирующее – безусловно, должен сопровождаться масштабным мониторингом эффективности и адекватным методологическим сопровождением. Это подразумевает организацию мощных многопрофильных научно-практических и образовательных кластеров, которые должны действовать в тесном сотрудничестве с профессиональными психотерапевтическими и иными ассоциациями.

V. Раздел мониторинга и коррекции

В данном разделе прописываются результаты мониторинга этапов проработки общего проблемного поля, охватываемого НИП, вносятся необходимые коррективы и дополнения по всем разделам программы, определяются новые направления исследований, уточняется методология их реализации.

Мониторинг осуществляется на основании разработанной системы промежуточных и итоговых индикаторов и стандартных отчётов о проведённых научных исследованиях, инновационных внедрениях. Результаты мониторинга доводятся до сведения сформированного или ещё только формирующегося дисциплинарно-коммуникативного сообщества.

Реализацию программы такого постоянного мониторинга и обновления НИП должны взять на себя наиболее мощные научно-практические и образовательные многопрофильные кластеры, имеющие для этого все необходимые ресурсы (информационная база, экспертные группы, учёный совет с перспективой трансформации в диссертационный совет и пр.).

Разделы с третьего по пятый вышеприведённой базисной исследовательской программы на сегодняшний день реализованы лишь частично (уровень достижений по каждому основному разделу НИП подробно анализируется нами в монографии «Интегративная психотерапия: философское и научно-методологическое обоснование», А.Л. Катков, 2013). Однако это обстоятельство никак не препятствует определению статуса профессиональной психотерапии как самостоятельного научно-практического направления. Здесь важен сам факт наличия такой разработанной программы, принятия её основных положений хотя бы частью формирующегося дисциплинарно-коммуникативного сообщества, а также – наличие продвижения в сторону реализации как фундаментальных, так и прикладных задач, обозначенных в данной программе.

В результате углубленного эпистемологического анализа всего массива вышеприведённых исследований и действенных шагов по развитию профессиональной психотерапии появилась возможность обоснования топологии психотерапии в корпусе научных дисциплин в соответствии с наиболее полной и системной классификацией, предложенной известным философом – эпистемологом В.В. Ильиным (2006) (схема 1).

В приведённой схеме обозначен основной вектор развития рассматриваемой дисциплины. Знаком **x** обозначены позиции, которые, по результатам проведённого эпистемологического анализа, психотерапия будет занимать в ближайшие 10-15 лет.

Таким образом, в соответствие со всеми вышеприведёнными сведениями, результатами соответствующих исследований, выводами углубленного эпистемологического анализа – профессиональная психотерапия в настоящее время, с достаточными на то основаниями, может быть определена как *становящаяся самостоятельной научно-практической дисциплиной, разрабатывающей и реализующей специфические методы взаимодействия психотерапевта с пациентом или группой пациентов, направленного на эффективное совладание с проблемной или кризисной ситуацией, мобилизацию ресурсов психики и всего организма на преодоление последствий влияния болезнетворных факторов, форсированное развитие эффективной самоорганизации, высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды.*

Скорость продвижения психотерапии по заключительному этапу становления и полноценной идентификации в качестве научно-практической дисциплины зависит от масштабов и темпов реализации разработанной базисной научно-исследовательской программы, активности в вопросах формирования профильного дисциплинарно-коммуникативного сообщества.

Практически важным в отношении главной темы настоящего сообщения – вопросов определения эффективности профессиональной психотерапии – в данной констатации является проиллюстрированная возможность перевода разработанной концептуальной базы, предметной сферы психотерапии в унифицированные и систематизированные парамет-

Схема 1

Топография психотерапии в системе наук

Обозначение системного признака	Топография профессиональной психотерапии		
Идентификация принадлежности к собственно науке	<i>Ненаука (культура, искусство, ремесло)</i>		Наука
Основные ветви науки	<i>Гуманистика (гуманитарные науки)</i>		<i>Натуралистика (математика; естествознание)</i>
Основные дифференциалы корпуса науки	Наука переднего края		<i>Твердое ядро науки</i>
Стадии развития науки	<i>Стадия наивного реализма (эмпирика)</i>		<i>Стадия критической рефлексии (теория)</i>
Ареалы науки	<i>Ареал протонауки, архаики</i>		<i>Ареал классики неклассики</i>
Стадии трансформации общей структуры знаний	<i>Знания – персоналии Знания – проблемы</i>		Знания – предметы
Основные дихотомические векторы развития сферы психотерапевтических знаний	<i>Эмоциональное (интуитивное)</i>		Рациональное
	<i>Феноменалистское</i>		<i>Эссенциальное</i>
	<i>Эмпирическое</i>		<i>Теоретическое</i>
	<i>Прикладное</i>		<i>Фундаментальное</i>
	<i>Вероятное</i>		<i>Достоверное</i>
	<i>Идеографическое</i>		<i>Номотетическое</i>

рические ряды, с проработанной методологией наблюдения, измерения и интерпретации получаемых результатов, возможностью выстраивания системы универсальных (адекватных для общего поля профессиональной психотерапии) и уникальных (адекватных для оригинальных психотерапевтических методов) промежуточных и конечных индикаторов эффективности.

2. Главным результатом проработки сложных фундаментальных и прикладных эпистемологических проблем, связанных со становлением психотерапии как самостоятельного научного направления, является найденная дееспособная эвристика в вопросах преодоления методологической «пропасти», разделяющей ареалы естественнонаучного и гуманитарного знания, а также индивидуального адаптивного опыта, которые, таким образом, и представляются главными источниками поиска адекватных индикаторов в сфере определения эффективности психотерапии без какого-либо противоречия.

В итоге, была разработана такая интегративной теория психотерапии, которая удовлетворяет главному критерию дееспособности – возможности объединения силы общих (универсальных) факторов с прагматизмом специфических (Lambert, Bergin, 1994).

Продвижение к этим интересующим нас результатам стало реальным благодаря найденным решениям отнюдь непростых методологических задач, демонстрирующих всю сложность вопроса идентификации психотерапии даже и не в статусе прикладной научной дисциплины, но в качестве авангардного направления по выстраиванию новой эпистемологической платформы. То есть такой системы обновлённых фундаментальных допущений и установок, которая призвана преодолеть существующие ограничения в принятой системе кодифицированных научных знаний. Именно это последнее обстоятельство, по результатам нашего анализа, и представляло главную методологическую проблему, тормозящую развитие научного вектора профессиональной психотерапии.

Этапность и сущностный смысл в решении каждой из этих задач были следующими:

– принятие и разработка первичного тезиса того, что задача поисков и проработки адекватных векторов интеграции профессиональной психотерапии должна измениться на задачу обоснования сдвоенных векторов дифференциации – интеграции. Причём, задача адекватной дифференциации психотерапии от так называемых материнских дисциплин – психологии, медицины, педагогики, философии и пр. – представляется никак не менее, а может быть и даже более важной, чем поиски и обоснование адекватных интегративных векторов. Поскольку в ином случае почти всегда возникает интенция движения по следующему замкнутому кругу: поиск

поверхностных механизмов интеграции – погружение в заимствованную методологию – закономерная отсылка к заимствованным теоретическим положениям – ложный вывод о психотерапии как о технологическом приложении дисциплин, претендующих на статус «материнских»;

– разработка модели дисциплинарной матрицы; углубленная проработка содержания каждого уровня дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии с предметной иллюстрацией того, что рассматриваемая специальность по наполнению и вовлечению верхних – и самых главных – уровней кардинальным образом отличается от «материнских» дисциплин; идентификация системы фундаментальных допущений, адекватных для обновлённой ассоциированной эпистемологической платформы – подлинного теоретического базиса профессиональной психотерапии;

– разработка универсальной концепции адаптивно-креативного цикла человека с полным описанием функционального значения и ресурсной миссии психотерапии на каждом этапе его прохождения; демонстрация сущностных аналогий и вектора расхождения данного цикла с процессом генерации научного знания; обоснование возможности полного тождества этих двух видов адаптационной гуманитарной активности с принятием концепта того, что в профессиональной психотерапии основной акцент делается на приобретении уникального адаптивного опыта, в то время как в полном цикле генерации научного знания – на универсальном и воспроизводимом в стандартных условиях опыте; аргументированная иллюстрация наличия не афишируемого субъективного компонента в так называемом «объективном знании», подтверждаемого главными тезисами постнеклассического этапа развития науки, равно как и наличия «объективных» компонентов и параметров наблюдения в адаптивно-креативном цикле; полноценная аргументация принадлежности психотерапии к системе научного знания с уникальным эвристическим потенциалом и возможностью синтеза гуманитарного и естественнонаучного ареалов науки;

– разработка адекватного и взаимосвязанного концептуального содержания по каждому уровню дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии с характеристиками системо-образующего стержня научной дисциплины (данный стержень представлен следующими основными блоками: идентифицированными эволюционными контекстами, демонстрирующими актуальность высоких темпов развития профессиональной психотерапии → определением наиболее востребованного феномена профессиональной психотерапии – возможности достижения стойких конструктивных изменений в ограниченные временные периоды – как отправной точки всей последующей системы научных объяснений и интерпретаций → концептом ассоци-

ированной эпистемологической платформы, как несущей структуры, обеспечивающей возможность имплементации профессиональной психотерапии в систему кодифицированных научных знаний → концептом объёмной реальности, аргументирующим динамику сверхбыстрых адаптивных изменений субъекта за счёт особого взаимодействия дифференцируемых субстатусов объёмной реальности → собственно универсальной моделью адаптивно-креативного цикла, демонстрирующей алгоритмы конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресурсного потенциала профессиональной психотерапии → моделью трёхуровневой психотерапевтической коммуникации, в полной мере раскрывающей универсальный потенциал психотерапии → системой макро- и метамишеней, макро- и метатехнологий, конкретизирующих механизмы трёхуровневой психотерапевтической коммуникации и являющейся необходимой базой для понимания функционального смысла общетерапевтических факторов → системой параметров и индикаторов, оценивающих полноту и качество используемых макро и метатехнологий, структурированных техник профессиональной психотерапии, а также скорость продвижения субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла); иллюстрация факта того, что существенная часть из вышеприведённых концептуальных блоков в достаточной степени подтверждена уже проведёнными исследованиями, в то время как другая часть может быть представлена лишь в качестве гипотетических тезисов, истинность которых должна быть доказана в ходе реализации базисной исследовательской программы;

– определение – на основании предшествующего концептуального ряда – предметной сферы профессиональной психотерапии, имеющей свои отличительные и ярко выраженные идентификационные характеристики (от чего, собственно, во всех своих построениях и должна отталкивается любая дисциплина, претендующая на статус самостоятельной и, тем более, научной);

– чёткое структурирование так называемых функциональных рядов, систематизирующих предметную сферу профессиональной психотерапии: феноменологического, концептуального, методологического, технологического, параметрического, нормативно-профессионального, нормативно-этического. При этом методологический ряд представлен собственно исследовательской методологией, адекватной для данной специальности, а параметрический – системой универсальных и специфических (для каждой модальности) индикаторов эффективности используемых психотерапевтических технологий. Параметрический ряд, кроме того, является неким «вычислительным центром» в общем контексте данной функциональной структуры, представляющим адекватную индикативную совокупность каждого из представленных здесь рядов;

– идентификация подлинных векторов дифференциации – интеграции психотерапии, которые в нашем варианте выглядят следующим образом: 1) *культурно-исторический вектор*, устанавливающий отнюдь не простые взаимоотношения профессиональной психотерапии с предшествующими эпохами формирования научного знания (универсального опыта) и уникального духовного опыта; 2) *внешний вектор*, проясняющий существенные различия, но также и сложную диалектику развивающей взаимосвязи психотерапии – в её настоящем статусе – с определёнными направлениями психологии, философии, медицины, педагогики (здесь важно отметить, что профессиональная психотерапия в этих диалектических отношениях, во многом благодаря уже осуществленным и планируемым эвристическим прорывам, является скорее идейным донором, чем реципиентом), взаимосвязь психотерапии с современным корпусом науки; 3) *внутренний вектор*, устанавливающий ресурсные и «взаимовыгодные» отношения между полюсами универсального и уникального в системе психотерапевтических знаний в целом, и между различными направлениями и модальностями психотерапии в частности; 4) *институциональный вектор*, демонстрирующий возможность установления таких же ресурсных взаимовыгодных отношений между институтом профессиональной психотерапии и другими помогающими, и развивающими практиками – образованием, воспитанием, медиацией, тренинговыми формами работы с определёнными группами населения и пр. Углубленная проработка вышеприведённых векторов интеграции даёт чёткие представления о месте (системе координат) профессиональной психотерапии в современном мире, но также и ещё об одном общем и крайне важном параметре измерения эффективности данной специальности – мощном развивающем импульсе, который современная психотерапия транслирует во все смежные области философии, науки и технологической практики;

– общая теория психотерапии, сформулированная благодаря продвижению по всем вышеназванным методологическим блокам, таким образом, соответствует всем установленным критериям принадлежности к системе научных знаний – с одной стороны, и выгодно отличается от предшествующих попыток интеграции многочисленных направлений и методов профессиональной психотерапии на основе произвольно выстраиваемых модусов и объединительных психотехнических концепций – с другой. Прежде всего, это отличие заключается в том, что данная теория убедительно показывает, что подлинная трансформация профессиональной психотерапии в единую специальность возможна лишь с принятием и полноценной разработкой установочной позиции принадлежности психотерапии к авангардному ареалу науки, разработкой целостного подхода в определении эффективности используе-

мых технологий. Но, кроме того, в рамках данной теории была показана возможность и даже необходимость сосуществования множества направлений и методов профессиональной психотерапии в рамках единой специальности (наличие такого обилия технологических вариантов оформления психотерапевтической практики интерпретируется в русле синергетического научного подхода – одного из обязательных атрибутов обновлённой эпистемологической платформы – как необходимое множество альтернативных сценариев кризисного развития субъекта в условиях напряжённой или нарушенной адаптации). Уникальный развивающий потенциал психотерапии, в связи с всем сказанным, заключается ещё и в возможности синергии двух основополагающих и наиболее эффективных стратегий преодоления кризисного варианта развития адаптационных «событий»: 1) умножения числа альтернатив кризисного развития субъекта; 2) возврата к стволу фундаментального параметра порядка – универсальному алгоритму адаптивно-креативного цикла. Рассматриваемая теория, таким образом, обосновывает следующую универсальную формулу успеха психотерапевтического вмешательства: *актуализация (за счёт используемых макро и метатеchnологических подходов) эволюционно заложенных механизмов скорости – гиперпластики адаптивных изменений + умножение (за счёт множества используемых вариантов структурно-технологического оформления методов психотерапии) числа конструктивных альтернатив кризисного развития субъекта*. Наиболее существенной, с точки зрения нашей основной тематики, в данной формуле является констатация фактов того, что первое слагаемое здесь обеспечивается универсальными, а второе – уникальными характеристиками предметной сферы профессиональной психотерапии. Эти взаимодополняющие характеристики, преобразованные в соответствующие универсальные и специфические индикаторы эффективности, становятся доступными для измерения и последующего анализа.

Таким образом, полученные к настоящему времени методологические и фактологические результаты последовательно и аргументировано опровергают ту точку зрения, что психотерапия – это более или менее случайный набор неких произвольных психотехнических теорий и еще большего количества реализуемых практик, эффективность которых может быть исследована лишь опосредованно.

3. Общие характеристики системы определения эффективности психотерапевтического вмешательства и представление результатов по её использованию в исследовательской и рутинной психотерапевтической практиках

Достаточно обширную тему настоящего раздела мы рассмотрим в следующих аспектах: 1) харак-

теристика общих принципов построения научно-обоснованной системы оценки эффективности психотерапии; 2) определение основных проблемных вопросов в рассматриваемой сфере и способов их решения, в рамках базисной исследовательской программы; 3) характеристика используемых технологий оценки эффективности психотерапии и анализ достигнутых результатов; 4) ближайшие и отдалённые перспективы в сфере оценки и повышения эффективности профессиональной психотерапии.

3.1. Научно-обоснованная система оценки эффективности психотерапевтического вмешательства – в разработанном нами варианте – опирается на следующие принципы:

- основывается на стержневых положениях и выступает в качестве важной функциональной части общей теории психотерапии;

- является обязательным атрибутом – в части основных научно-технических проектов и конкретных исследовательских фрагментов – и, одновременно, одним из главных продуктов разработанной базисной исследовательской программы, реализуемой в сфере профессиональной психотерапии (т. е. данная программа, нацеленная на форсированное развитие рассматриваемого научно-практического направления, предусматривает постоянное совершенствование общих методологических подходов и конкретных инструментов, используемых для адекватной оценки эффективности психотерапевтического вмешательства);

- такого рода подходы и инструменты – главные компоненты обсуждаемой оценочной системы – центрированы на содержании феноменологического ряда предметной сферы профессиональной психотерапии, целиком и полностью отвечают структуре и содержанию её двух основополагающих функциональных рядов (методологического и параметрического). И в то же время эти компоненты чётко обозначены и представлены в содержании двух следующих нормативных рядов той же предметной сферы: нормативно-профессиональном и нормативно-этическом. Таким образом, обеспечивается системная целостность этой общей методологии, способствующей повышению качества оказываемой многопрофильной помощи;

- универсальные и специальные индикативные шкалы, являющиеся главными инструментами оценочной системы, должны точно соответствовать и ясно демонстрировать степень выраженности факторов, обеспечивающих эффективность психотерапевтического процесса с позиций основополагающих и подтвердивших свою дееспособность – по результатам реализации соответствующих фрагментов базисной исследовательской программы – концептов общей теории психотерапии;

- в соответствии с предыдущим пунктом оценочная система должна быть представлена такими

универсальными и специальными индикаторами, которые: 1) чётко сформулированы, аргументированы и интерпретированы; 2) доступны наблюдению и измерению; 3) распределяются на такие градации, как «промежуточные» и «конечные», т. е. относимые к процессу и результату психотерапевтического вмешательства; 4) доступны анализу, в том числе, предусматривающему процедуру агрегации исследуемых факторов в обобщенный системный признак, а также – дифференциации такого общего фактора на его составляющие там, где это возможно и необходимо; 5) соответственно, как универсальная, так и специфическая совокупность таких индикаторов – в идеале – должна быть представлена в двух вариантах, используемых, в основном, для исследовательской и рутинной практики оценки эффективности психотерапевтического вмешательства;

– далее, рассматриваемые методологические подходы и технологии оценки эффективности психотерапевтического вмешательства должны предусматривать и чётко прописывать процедуры: *многовекторного сбора измеряемой информации* (клиент, при необходимости его родные и близкие, терапевт, супервизор – в качестве основных источников профильной информации); *её документирования на первичных носителях* (стандартных протоколах, отчётах, анкетах, специальных исследовательских картах); *многомерного анализа* (экспертной оценки, чаще используемой по одному или нескольким супервизируемыми терапевтическим сессиям; статико-математического анализа, используемого для исследования общей и сравнительной эффективности апробируемого психотерапевтического метода в многочисленных однородных клиентских группах с последующим разложением и интерпретацией полученных результатов по исследуемым векторам эффективности – собственно психотехническому, адаптационному, клиническому, социальному, экономическому и пр. – в зависимости от конкретной задачи проводимой оценки); *документирования результатов такого анализа в стандартных протоколах*; в идеальном варианте должно быть разработано два варианта *компьютерных программ для реализации вышеприведённого технологического компонента – для исследовательской и рутинной практики*, существенно сокращающих время сбора и обработки необходимой информации;

– процедура психотехнического анализа и последующей экспертной оценки эффективности реализуемой психотерапевтической практики, в нашем варианте, должна предусматривать детальное исследование как универсальных (дифференцируемые индикаторы вовлечённости макротехнологического и метатехнологического уровней психотерапевтической коммуникации), так и специфических (дифференцируемые индикаторы структурно-технологического уровня профессиональной коммуникации) единиц такого анализа; а также – разработку

протокола такого анализа с возможностью адекватной интерпретацией получаемых результатов, их соотнесения с другими так называемыми «объективными» параметрическими рядами, характеризующими скорость продвижения субъекта по универсальному адаптивно-креативному циклу: нейрофизиологическими, психофизиологическими, нейроэндокринными, биохимическими, иммунологическими, экспериментально-психологическими, клинико-психологическими, социально-психологическими, и, возможно, иными параметрами (например, агрегированными индикаторами качества жизни). Полноценная реализация данного принципа в конечном итоге будет способствовать разработке более точной и дифференцированной – по универсальному и специфическому компонентам – рутинной практики оценки эффективности психотерапевтического вмешательства;

– основной промежуточный и ожидаемый результат разработки и поэтапного внедрения системы оценки эффективности психотерапевтического вмешательства заключается в возможности создания адекватного организационного механизма управлением качества психотерапевтической помощи. Такой механизм, во-первых, предусматривает более или менее постоянный мониторинг качества оказываемых услуг с использованием надёжных технологий, а во-вторых, использование стандартов услуг, разработанных на основании оценки эффективности имеющегося арсенала направлений и методов психотерапевтического вмешательства;

– прикладной промежуточный результат разработки и совершенствования вышеприведённой оценочной системы заключается, в том, что на её основе может и должна быть разработана специальная компьютерная программа профессионального самотестирования и самообучения (по идентифицированным – за счёт использования данной программы – дефицитарным фрагментам реализуемой практики), доступная для каждого заинтересованного специалиста и способная существенно повысить его профессиональную эффективность;

– главный итоговый результат должен отслеживаться в позитивной динамике совокупных индикаторов социального здоровья (в обновлённом значении данного термина) в охватываемых группах населения.

Реализация каждого из обозначенных здесь принципов и по возможности всей их совокупности будет способствовать выстраиванию целостного научно-обоснованного подхода к определению эффективности профессиональной психотерапии как в чисто исследовательских, так и в практических целях.

Далее, понятно, что специфика настоящего этапа развития профессии как раз и предполагает интенсивную разработку технологий оценки эффективности психотерапевтического вмешательства и

практически одновременную верификацию – в том числе и с использованием данных технологий – значительного массива гипотетических положений, представляющих концептуальный стержень разработанной общей теории психотерапии.

Это последнее обстоятельство, с нашей точки зрения, только лишь подчёркивает особое значение базисной исследовательской программы и адекватного решения масштабных организационно-методологических задач, которые необходимо иметь в виду при её реализации.

3.2. Основными проблемными вопросами в сфере определения эффективности психотерапевтического вмешательства – по результатам нашего анализа – и способами их решения в рамках разработанной базисной исследовательской программы являются следующие.

Наиболее часто цитируемым высказыванием, суммирующим «несовершенство» существующей методологии профильных научных исследований и, в частности, методологии определения эффективности психотерапии, является фрагмент соответствующего обзора R. Russee, D. Orlinsky (1996), где прямо говорится о некорректности перенесения ряда исследовательских принципов современной медицины на психотерапию в силу её специфических особенностей как метода помощи. В частности упомянутые авторы заявляют о том, что психотерапия заимствовала общепризнанную модель проведения исследования или парадигму, в связи с чем «попала в капкан малореалистичной и узкой исследовательской модели», используемой в медицине. На основании этого делается вывод о пребывании методологии исследовательского процесса в состоянии более или менее глубокого кризиса.

Полагаем, что подлинными истоками такого «кризиса» являлись уже отмеченные нами факторы дефицита эвристики в определении собственной предметной сферы профессиональной психотерапии с возможностью её адекватного структурирования и перевода в соответствующие параметрические ряды. А также отсутствия на предшествующем этапе разработанной базисной исследовательской программы с продуманной методологией преодоления существующих ограничений в исследовательской практике.

Для иллюстрации предлагаемого способа конструктивного решения обозначенной здесь проблемы мы приведём лишь некоторые выдержки из соответствующих разделов этого документа.

В первом разделе базисной исследовательской программы (параграф 1.4. – концептуальная часть; параграф 1.5. – гипотетическая часть) сформулирован тезис, что профессиональная психотерапия, в связи с возможностью достижения уникального и

наиболее востребованного результата – максимальных конструктивных изменений у субъекта в минимальное время – может рассматриваться, прежде всего, как способ ресурсной поддержки такого субъекта в ходе его продвижения по кризисному этапу адаптивно-креативного цикла. Ключевой теоретический концепт данного цикла – с идентифицированными этапами, фазами и уровнями адаптации – является опорной конструкцией системообразующего стержня дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии.

Экспериментальная часть третьего раздела программы раскрывает сущностные моменты разработки адекватного алгоритма определения эффективности психотерапевтического вмешательства. При этом, во-первых, предусматривается измерение степени вовлечённости исследуемых психотерапевтических факторов, способных, в принципе, оказывать влияние на темпы адаптивных процессов, а во-вторых – объективизация данных параметров за счёт процедуры картирования скорости продвижения субъекта по уровням, этапам и фазам адаптивно-креативного цикла с использованием независимых индикаторов.

Среди идентифицируемых уровней адаптивных дисфункций, в частности, выделяют уровни напряжённой адаптации – компенсации, напряжённой адаптации – субкомпенсации (эти уровни, наряду с комфортной адаптацией, обозначают и характеризуют статус здорового субъекта). Далее следуют уровни патологической адаптации – уровень предболезни (отсутствие выраженных клинических проявлений болезненного процесса или их единичные проявления, недостаточные для установления соответствующего диагноза), уровень болезни.

В качестве относительно субъективных – и тем не менее учитываемых даже и в показателях качества жизни – параметров могут и должны быть использованы рефлексивно-психологические характеристики оценки своего состояния клиентом, фиксируемые в специально-разработанных для этой цели стандартизированных опросниках.

Далее, за счёт реализации процедуры дифференцированного статико-математического анализа, корректных сравнений и получения статистически значимых отличий в однородных группах (структурированных в зависимости от различных вариантов прохождения адаптивно-креативного цикла, включая и такие, где психотерапия вообще не применялась) делаются выводы относительно общего вклада исследуемого психотерапевтического метода, весового соотношения вклада каждого исследуемого фактора в итоговом показателе эффективности психотерапевтического вмешательства.

Наконец, за счёт тщательного отбора значимых данных предусмотрена разработка дифференцированного и приемлемого для рассматриваемого научно-практического направления алгоритма – ком-

пьютерной программы – оценки эффективности психотерапевтического вмешательства. Этот инструмент, который и далее может с успехом применяться в исследовательской практике, должен быть удобен в использовании и не загромождён излишней детализацией – с одной стороны и обладать возможностями исчерпывающей и точной интерпретации получаемых данных – с другой.

Более компактная версия данной программы может с успехом использоваться в рутинной практике оценки эффективности реализуемых психотерапевтических технологий.

То есть речь идёт о достаточно масштабной институализации разработанной оценочной технологии, как это и предусмотрено в четвёртом разделе базисной исследовательской программы.

Как понятно из всего сказанного по настоящему пункту, важным отличием вышеприведённой исследовательской технологии от того, что R. Russee и D. Orlinsky обозначают как «узкую медицинскую модель», являются следующие позиции: 1) выведение специфических для профессиональной психотерапии группы факторов, определяемых как гипотетические предикторы эффективности психотерапевтического вмешательства; 2) выведение – в качестве стержневого компонента комплексного анализа – полного набора этапов и фаз адаптивно-креативного цикла со всеми возможными кризисными уровнями его прохождения (т. е. уровень болезни в этом ряду является лишь одним из многих анализируемых, а по таким характеристикам, как распространённость и частота обращаемости населения за профильной помощью, этот дезадаптивный уровень не является приоритетным); 3) включение в совокупность исследуемых признаков рефлексивно-психологического параметра, представляющего пусть и стандартизованную клиентскую оценку происходящих с ним конструктивных изменений, но отнюдь не равную динамике регресса каких-либо болезненных проявлений, оцениваемую, например, в баллах; 4) итоговое расширение возможного вектора исследования, используемых параметрически рядов и способов получения первичной информации, выходящих далеко за рамки узко медицинской модели; но, тем не менее, с сохранением общей – с данной моделью – приверженности принципам доказательной практики (т. е. именно такой исследовательской технологии, которая по своей сути является прикладной статистикой, но не специфической исследовательской практикой, используемой лишь в сфере здравоохранения).

Другим, часто цитируемым в основных психотерапевтических руководствах высказыванием, демонстрирующим всю сложность и даже «невозможность» научного изучения психотерапии (что уж тогда говорить о признании научного статуса психотерапии) является известный те-

зис С. Patterson (1987), который, в частности, высказался следующим образом: «Прежде чем какая-либо модель, подвергаемая исследованию, может быть применена, нам необходимы: 1) таксономия проблем или психологических расстройств пациента, 2) таксономия личностей пациентов, 3) таксономия психотерапевтических техник, 4) таксономия психотерапевтов, 5) таксономия обстоятельств. Если бы мы создали такие системы классификации, то практические проблемы были бы непреодолимы. Допустим, что пять перечисленных классов переменных содержат по десять классификаций, тогда исследовательский проект потребует 10 x 10 x 10 x 10 x 10, или 100000 элементов. Из чего следует вывод, что нам не нужны сложные анализы множества переменных и нам следует отказаться от попыток точного изучения психотерапии, ибо это просто невозможно».

Та точка зрения, что исследование психотерапевтической эффективности является чрезмерно сложным и трудоёмким процессом, разделяется и некоторыми отечественными исследователями. Так, в последнем издании «Учебника по психотерапии» под общей редакцией Б.Д. Карвасарского (2012) по интересующему нас вопросу говорится следующее: «Очевидно, что необходимость учёта... предпосылок, критериев, результатов исследований с помощью адекватных этим критериям методов (а, в конечном счёте, – множества самых разнообразных переменных) для оценки эффективности психотерапии создаёт почти непреодолимые трудности при решении этой проблемы».

При рассмотрении этих утверждений с позиций возможностей современного статико-математического анализа и, тем более, последовательного использования специальных вариантов такого анализа их внешне убедительная логика опровергается достаточно легко.

Ибо, на сегодняшний день совершенно понятно, что каких-то абсолютно простых и однозначных, также, как и предельно-сложных переменных, и вообще абсолютно дискретных понятий, которыми оперируют, в том числе и серьёзные исследователи, попросту не существует. Так, например, будто бы простое и используемое в медицинских исследованиях понятие «симптом» при ближайшем рассмотрении нередко оказывается довольно сложным конгломератом различных характеристик. В тоже время – и этот факт хорошо известен в общей теории систем – сложные самоорганизованные конструкции в процессе взаимодействия с другими такими же системами «ведут себя» достаточно просто, адресуя всю сложную проблематику на подсистемные уровни организации и взаимодействия.

Таким же образом, единицы анализа, определяемые как индикативные характеристики измеряемых параметров (переменных), и даже сами эти переменные при определённых условиях могут «скла-

дываться» в агрегированные ряды или наоборот «раскладываться» на первичные составляющие в зависимости от требований, предъявляемых к таким измерительным системам, уровня проводимого исследования и особенностей его предметной сферы. Главным здесь является степень соответствия этих первичных или агрегированных показателей критериям, принятым в системе кодифицированных знаний.

С точки зрения современной науки, используемые показатели измерения какого-либо избранного параметра и сами эти параметры – есть результат некой конвенции, выстроенной на основании разделяемых дисциплинарно-коммуникативным сообществом критериев их дееспособности. Основным таким конвенциональным критерием является доказанная, в результате соответствующего анализа, разрешающая способность используемых параметров в отношении исследуемого эффекта системы, состояние которой он характеризует.

Так, в нашем случае, должна быть определена разрешающая способность параметров, характеризующих скорость прохождения субъектом соответствующих этапов и фаз креативно-адаптивного цикла, по отношению к общим и специальным факторам, гипотетически обеспечивающим эффективность психотерапевтического вмешательства. В результате чего может быть установлен приемлемый уровень агрегации исследуемых признаков, а также обеспечена их трансформация в адекватные системы индикаторов эффективности психотерапевтического вмешательства с ясной перспективой разработки соответствующих исследовательских и прагматических программ.

При этом последовательные этапы такого анализа должны включать 1) *чёткую идентификацию* по согласованным критериям (см. первый пункт настоящего раздела) исследуемой совокупности первичных факторов; 2) *проведение факторного анализа*, устанавливающего значимые уровни взаимозависимости исследуемых первичных характеристик с индикаторами скорости прохождения соответствующих фаз и этапов адаптивно-креативного цикла, и отсевом несущественных факторов; 3) *проведение процедуры кластерного анализа* с агрегацией исследуемых характеристик в однородные группы и выведением сводного (эмерджентного) параметра, там, где это возможно; 4) *проведение процедуры системного анализа* с построением адекватной системной модели оценки эффективности психотерапевтического вмешательства; 5) *контролируемое тестирование* и подтверждение высокой разрешающей способности агрегированных показателей эффективности психотерапевтического вмешательства.

Проведённые предварительные исследования в этом направлении, выполненные в целях обоснования эффективности экспресс-психотерапевтического вмешательства, ясно показали, что на этом пути

нас ожидают, как минимум, сюрпризы. Так, например, последовательный статико-математический анализ, проводимый в отношении общих факторов эффективности психотерапевтического процесса на предмет выявления возможности их адекватной агрегации (анализировалась совокупность из 141 такого фактора, идентифицированных по разным источникам), показал, во-первых, возможность сведения различных классификаций (всего рассматривалось 10 таких классификаций) в функциональные группы (12) и блоки (5). И далее было показано, что из рассматриваемой первичной совокупности факторов наибольшим весомым значением в обеспечении скорости достижения искомого результата обладают факторы, прямо способствующие редукции проявлений состояния деморализации у клиента (по Д. Франку, 1991). А также, факторы, способствующие формированию высокого уровня мотивации на достижение желаемого результата в начале терапевтического процесса и его сохранения или даже развития – в его завершении (по схеме Д. Прохазка, К. ДиКлементе, Д. Норкросс, 2005). Однако и эти системы вполне ранжируемых и измеряемых факторов – интерпретируемые как условия актуализации синергетической адаптационной стратегии вне сознательных инстанций – в конечном итоге находили своё выражение в особом феномене гиперпластического статуса клиента. То есть такого же ранжируемого состояния клиента, которое является предпоследним звеном в обеспечении главного и наиболее востребованного психотерапевтического эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов (пациентов) в ограниченные временные периоды. И далее, в качестве последнего такого звена выступала обеспечиваемая гиперпластическим статусом клиента с одной стороны, адекватным и приемлемым для клиента структурированным проектом терапии – с другой, возможность сверхбыстрого усвоения клиентом новых адаптивных форм психической активности. Последнее обстоятельство, с нашей точки зрения, иллюстрировало факт прохождения клиентом ключевой, седьмой фазы адаптивно-креативного цикла, предполагающей разработку и усвоение обновлённого адаптивного инструментария (информационного, интеллектуального, эмоционального, поведенческого и пр.). Эти последние критерии – характеристики достигаемого гиперпластического статуса клиента и степень принятия им разработанного, или предлагаемого терапевтического проекта – как раз и были наиболее значимыми агрегированными факторами, обеспечивающими искомый эффект. Таким образом, была проиллюстрирована принципиальная возможность выведения, измерения и последующего теоретического, и практического акцентирования именно на тех первичных и агрегированных факторах, которые подтверждают свой потенциал в корректных экспериментах.

В качестве наиболее существенных практических результатов *проведённого* исследования следует назвать разработку адекватной *процедуры* психотехнического анализа экспресс-психотерапевтического вмешательства и, особенно, его стандартизированной протокольной части. Последняя представлена шкалированной системой значимых факторов, в форматах, удобных для заполнения (здесь оценивается сам факт присутствия признака и степень его выраженности по имплементированной шкале). Опосредованные и верифицированные – по объективным характеристикам скорости прохождения этапов и фаз адаптивно-креативного цикла – значения психотехнических индикаторов эффективности экспресс-психотерапевтического вмешательства могут с полными на то основаниями использоваться как в исследовательских, так и в практических целях.

Однако, ещё более интересным, в данном случае, является проспективное теоретическое обобщение результатов проведённого экспериментального исследования. Так, по крайней мере, в отношении исследованных психотехнических характеристик экспресс-форматов профессиональной психотерапии, можно утверждать, что значимость специфических факторов, обеспечивающих эффективность такого экспрессивного вмешательства, в «отрыве» от универсальных компонентов психотерапевтического процесса, прогрессивно уменьшается или даже стремится к нулю. Более того, все значимые факторы, обозначаемые как «общие» и должным образом систематизированные – и есть подлинная специфика психотерапевтического вмешательства. Структурированные технические подходы лишь акцентируют внимание клиента на какие-либо определённые компоненты приобретаемого адаптивно-креативного опыта. И весьма часто (по-видимому, по причине того, что никаких отдельных свойств психики человека, функционирующих независимо от других, быть не может) значимая степень такой акцентуации присутствует только в соответствующем образе «вышколенном» сознании психотерапевта, но не подтверждается в корректных экспериментах. Таким образом, уровень структурированных техник и методов профессиональной психотерапии по вышеприведённым основаниям как раз и должен быть обозначен как неспецифический. То есть, в некотором смысле, «пристёгиваемый» за счёт сформированного стыковочного сценария (весьма важного метатехнологического компонента) к двум основным уровням психотерапевтической коммуникации – макротехнологическому и метатехнологическому.

Такая, всё же менее драматичная, чем перемена магнитных полюсов Земли, констатация многое объясняет в неожиданном расхождении или, наоборот, «неадекватном» схождении результатов исследований, акцентированных лишь на структурирован-

ных технических подходах, используемых в сфере профессиональной психотерапии. Что, собственно, является ещё одним свидетельством эвристичности и дееспособности заявляемого подхода.

При всём том, следует иметь в виду, что последние теоретические обобщения пока ещё не распространяются на иные временные форматы реализуемой психотерапевтической практики (особенно, среднесрочные и долгосрочные) по причине незавершённости соответствующих исследовательских фрагментов.

Ещё одним вопросом, который имеет прямое отношение к обсуждаемой теме и присутствует в проблемных статьях, является констатация того, что «Обширная психотерапевтическая практика не имеет адекватного оценочного инструмента, что приводит не только к несоответствию внутренних и внешних оценок эффективности разных форм психотерапии, но и позволяет ставить под сомнение наличие эффекта психотерапии в принципе... Необходимо изначально различать оценку эффективности клинической и психологически ориентированной психотерапии. Клиническая психотерапия обращена к популяции пациентов, идентифицируемой по актуальным классификационным диагностическим критериям. Психологическая психотерапия ориентирована на решение неограниченного круга проблем клиентов, общепризнанные классификации которых отсутствуют... Можно также отметить затруднительность механического переноса процедуры рандомизации из фармакологической терапии в психотерапию вследствие: невозможности использования двойного слепого метода; необходимости точного, а не формального описания модальности психотерапии; необходимости учёта личной эффективности психотерапевта; ограниченности исторического контроля; учёта при рандомизации предпочтения пациентами форм психотерапии» (Р.Д. Тукаев, 2004).

Что касается первых двух позиций в приведённой цитате и некоторых констатаций по третьей позиции, то рассматриваемая в предыдущих подразделах система оценки эффективности психотерапевтического вмешательства как раз и призвана преодолеть такого рода институциональный дефицит, являющийся серьёзным препятствием в сфере развития профессиональной психотерапии.

В структуре используемых в данной системе параметров индикативные проявления более или менее специфических болезненных состояний – есть частный случай общей оценочной системы (т.е. дополнительные возможности, которые, конечно же, необходимо использовать для регистрации соответствующей глубины адаптационного кризиса, но которые не являются обязательными и критическими для системы в целом).

Но далее, в цитируемом тексте обращается особое внимание на особенности психотерапевтической специфики, которые, в какой-то степени, ограничивают возможности использования технологий прикладной статистики (более известных как «доказательная исследовательская практика») в рассматриваемой сфере.

В цитируемом фрагменте речь, в том числе, идёт о парадоксе того, что в соответствующих исследованиях не могут быть применены некоторые, почти обязательные для данного метода приёмы набора экспериментальных и сравниваемых групп. При том, что единственная цель последних – исключение основного смущающего фактора, обозначаемого как плацебо-эффект (второй смущающий фактор, известный как «хотторнский»), полностью исключить даже из процедуры клинических испытаний лекарственных препаратов не представляется возможным по условиям био-этики).

Однако мы берёмся утверждать, что функциональная роль феномена, так называемого плацебо-эффекта, генерирующего основные «помехи» при оценке чистого фармакологического воздействия, в сфере профессиональной психотерапии, во-первых, недостаточно исследована, осмыслена и интерпретирована. А во-вторых, именно в силу этих обстоятельств, в психотерапии по отношению к феномену плацебо используются абсолютно неадекватные заимствованные штампы, собственно, и являющиеся главным препятствием в необходимой модификации обсуждаемых технологий прикладной статистики, и признания легитимности такой модификации дисциплинарно-коммуникативным научным сообществом.

Так, в наиболее полном и современном обзоре исследовании по оценке эффективности психотерапии (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, И.В. Никитина, О.Д. Пуговкина, 2010) констатируется факт того, что вокруг вопроса соотношения собственно психотерапевтических и плацебо-эффектов в профессиональной психотерапии, благодаря публикациям Ганса Айзенка (1952), была поднята «настоящая буря, которая в известном смысле не утихает до сих пор». Но даже этот известный исследователь в своих, существенно более поздних утверждениях (Г. Айзенк, 1994) не пошёл дальше констатации того, что «...спонтанное выздоровление происходит благодаря определённой плацебо-терапии, не основанной на какой-то научной теории... Из этого, по-видимому, следует, что все виды психологического лечения являются, скорее всего, эффективными, но ни один из них не может быть назван научным, если он, во-первых, не основан на тщательно проверенной теории и, во-вторых, его эффективность не имеет явного превосходства над спонтанной ремиссией и плацебо-лечением... Плацебо-лечение в психотерапии не настолько просто, как в соматической медицине».

Из вышеприведённых высказываний следует только то, что сущностная и научно обоснованная интерпретация плацебо-эффекта не была найдена, и что эта проблема так и оставалась на периферии сферы внимания исследователей. Такого рода констатация прямо подтверждается соответствующей репликой авторов цитируемого обзора: «Несмотря на столь убедительные разъяснения Г. Айзенка, само по себе определение, что же такое плацебо в случае психотерапии всё же является весьма дискуссионным». И далее, в качестве примера, ими приводится разделяемая многими авторами интерпретация плацебо в духе того, что это есть наиболее общие факторы психотерапии – такие как выражение тепла, поддержки, внимания с исключением специфических интервенций.

Между тем, в соответствие с концептуальным стержнем общей теории психотерапии, феномен, обозначаемый как «плацебо-эффект», – есть проявление фундаментальной способности психики человека к эффективной самоорганизации или сверхбыстрой «перенастройке» на какие-либо приемлемые и предметные (в техническом смысле) варианты конструктивного прохождения кризисной фазы адаптивно-креативного цикла.

Обязательными компонентами такого «конструктивного перепрограммирования» являются: 1) переход от защитно-конфронтационной стратегии вне сознательных инстанций клиента к синергетической с формированием тотальной гиперпластики (важно отметить, что осознаваемое «Я» клиента при этом не удаляется на периферию сознания); 2) наличие приемлемого для клиента варианта ресурсной поддержки, обсуждаемого и проговариваемого в наиболее существенных деталях, имеющих непосредственное отношение к желаемому терапевтическому эффекту; 3) формирование стыковочного сценария (т.е. устанавливаемого – за счёт использования диагностических метатехнологий – факта «привязывания» желаемых терапевтических эффектов к алгоритму планируемого технического действия); 4) формирование, на основе последнего компонента, ресурсного для клиента состояния «особой веры в эффективность предлагаемого способа помощи», которое интерпретируется нами как полное принятие и утверждение (в том числе и, в основном, на уровне вне сознательных инстанций психики клиента) стыковочного сценария, т.е. программы такой помощи; 5) практически одновременная и даже опережающая критическая редукция состояния деморализации у клиента, т.е. переход от антиресурсного состояния *неопределённости* к ресурсному состоянию *определённости* и возможности мобилизации всего имеющегося потенциала на достижение планируемых терапевтических эффектов.

Вышеприведенная интерпретация плацебо-эффекта абсолютно созвучна наиболее агрегированному и измеряемому – в нашей версии – фактору,

обеспечивающему эффективность профессиональной психотерапии. Более того, данная интерпретация проясняет возможность и необходимость «стыковки» основных уровней психотерапевтической коммуникации, и обеспечения итоговой гиперпротекции структурированных технических действий. В чём, собственно, психотерапия и превосходит прочие развивающие и помогающие практики.

И далее, понятно, что одного только макротехнологического и метатехнологического уровней, обеспечивающих сверхбыстрое усвоение и воспроизведение в поведении субъекта новой адаптивной информации – недостаточно. Нужна сама эта информация, доведённая до клиента на наиболее приемлемом и понятном для него психотерапевтическом «языке». Таким образом, так называемые, специальные интервенции не могут быть изъяты из общего феноменологического поля эффекта, ошибочно обозначаемого термином «плацебо» (то есть в буквальном переводе – «пустышка»). А проводимый, без учёта данного обстоятельства, анализ не может считаться корректным. В связи этим, всякие ссылки на будто бы доказанную – с позиции обобщения результатов сорока шести проведённых мета-анализов – более высокую эффективность специфических форм психотерапии, в сравнении с «чистым плацебо» (R. Grison, 1996), лишены смысла. На самом деле, здесь речь идёт о значимой разнице, отслеживаемой в используемых конечных индикаторах эффективности, между незавершёнными и завершёнными психотерапевтическими интервенциями, что, в общем, и не требует особых комментариев. Подлинное весовое соотношение универсальных (в смысле общепринятого обозначения) и специфических факторов, обеспечивающих эффективность психотерапевтического вмешательства, возможно лишь в корректном сравнении исследуемых групп в системе промежуточных – т.е. оценивающих уровень представленности всех анализируемых факторов на этапах психотерапевтической коммуникации – и независимых конечных индикаторов с использованием процедуры дифференцированного статико-математического анализа.

Обоснование вышеприведённых аргументов в ходе проведения корректных исследований – т.е. демонстрация подлинной специфики психотерапии – как раз и позволит произвести необходимую модификацию методов прикладной статистики для профессиональной психотерапии, без какого-либо ущерба для её репутации.

Наконец, по-видимому, наиболее сложным в приводимом перечне (с учётом того обстоятельства, что подходы к решению вышеперечисленных методологических проблем, в основном, разработаны и частично решены) является вопрос организации масштабных и скоординированных действий по реализации базисной научно-исследова-

тельской программы (НИП) в сфере развития профессиональной психотерапии. С чем, собственно, и связаны основные перспективы по созданию универсальной системы по оценке эффективности психотерапевтического вмешательства.

Помимо понятных организационных и финансовых сложностей в реализации этой программы, следует учитывать и необходимость достижения широкого профессионального консенсуса в вопросах институализации получаемой, таким образом, оценочной системы (особенно её упрощённого варианта, предлагаемого к использованию в рутинной психотерапевтической практике). А это уже задача разработки и утверждения соответствующих профессиональных стандартов – т.е. плоскость нормативного регулирования профессиональной деятельности, где какие-либо инновации встречаются, как правило, без особого восторга.

Адекватное решение вышеприведённых масштабных задач возможно лишь в условиях чёткой, консолидированной позиции лидеров профессионального психотерапевтического сообщества, которые имеют достаточно ресурсов для того, чтобы: 1) сформировать экспертную группу, в задачи которой входят вопросы координации деятельности по реализации базисной исследовательской программы; 2) обеспечить подготовку соответствующих проектных документов, представляющих относительно целостные фрагменты программы, в том числе «поисковые» для реализации в сравнительно небольших исследовательских группах; 3) осуществлять постоянный продуманный и мотивирующий поиск источников и фондов, способных, в принципе, осуществлять финансирование этих проектов; 4) готовить дискуссионные площадки, малые и большие конференции, масштабные конгрессы для продвижения соответствующих инновационных идей по развитию профессиональной психотерапии; 5) договариваться о полноценном международном партнёрстве в сфере реализации тематических исследовательских и организационных проектов; 6) параллельно, за счёт усилий смежной группы специалистов – экспертов, готовить обновлённую нормативную базу, стимулирующую развитие профессиональной психотерапии как наиболее востребованной социальной специальности, обладающей всеми необходимыми инструментами для адекватной оценки и повышения эффективности психотерапевтического вмешательства; 7) организовать пилотную апробацию разработанной оценочной системы, её фрагментов с возможностью поэтапной подготовки профессионального сообщества к внедрению стандарта мониторинга эффективности психотерапевтического вмешательства.

Все эти усилия, в конечном итоге, будут способствовать формированию такого дисциплинарно-коммуникативного сообщества, которое успешно

развивает свою профессию и добивается существенных результатов в повышении адаптивных кондиций и эффективности общества в целом.

Вопрос, следовательно, заключается лишь в том, чтобы переориентировать усилия руководства профильных исследовательских институтов, профессиональных ассоциаций и зонтичных организаций с решения локальных проблем на реализацию стратегических задач по развитию профессиональной психотерапии.

3.3. Результаты уже процитированных и других многочисленных исследований позволяют утверждать, что, несмотря на существенные претензии, используемые в настоящее время системы оценок выполняют свою главную функцию: определяют и дифференцируют клинические, психологические, социальные, экономические, и другие эффекты профессиональной психотерапии.

Методологический инструментарий, позволяющий проводить такую дифференцированную оценку, в основном, представляет технологии доказательной исследовательской практики, в разной степени адаптированной к особенностям профессиональной психотерапии.

При этом исследователи ориентируются на следующие параметры, рекомендуемые для оценки психотерапевтической эффективности, в основном, в сфере клинической практики: 1) *действенная эффективность*, которая в свою очередь раскладывается на такие категории, как: статистическая значимость измерений, клиническая значимость измерений, процентная доля пациентов с улучшением, спектр действия, стойкость изменения (определяемая по катамнезу), масштабы негативных эффектов; 2) *рентабельность*, понимаемая как соотношение стоимостных значений пользы к аналогичному показателю затрат; 3) *удовлетворённость* пациентов; 4) *практическая эффективность* (т.е. пригодность и эффективность в реальных условиях); 5) этическая приемлемость (R.D. Stieglitz, U. Baumann, 2001).

Соответственно, такими же рекомендуемыми критериями для определения степени научной обоснованности используемых в психотерапии методов (M. Perrez, 1983) являются:

- доказанная эмпирическая эффективность используемых методов;
- эти методы не основываются на предпосылках, которые не совместимы с научными выводами;
- эффекты психотерапевтического вмешательства можно объяснить, прибегая к научно-обоснованным психологическим теориям;
- в идеальном случае эти методы обосновываются с помощью, так называемых номопрэгматических – т.е. описывающих действие, его следствия и условия, в которых оно произво-

дится – высказываний, которые выводятся из проверенных нормативных положений (например, из соответствующего профессионального стандарта);

- цели терапии, которые достижимы с использованием данного метода, этически узаконены, метод этически оправдан;
- свойства и вероятность ожидаемых негативных побочных эффектов находится в благоприятном соотношении с ожидаемыми позитивными основными эффектами;
- объём затрат, которые связаны с применением метода, находится в благоприятном соотношении с ожидаемой пользой.

Далее, эти общие рекомендации дополняются совершенно конкретным технологическим содержанием общей методологии доказательной исследовательской практики, которое, применительно к профессиональной психотерапии, выглядит следующим образом.

Должны быть выдержаны следующие принципы: рандомизация; критерии включения в исследование; критерии исключения из исследования; представительность выборки; наличие контрольной группы или группы сравнения (при этом обязательно статистически достоверная однородность клиентов исследуемой и контрольной групп, либо групп сравнения по основным биометрическим, психометрическим, социометрическим параметрам в начале исследования); стандартизация всех прочих видов коррекционного, в том числе фармакотерапевтического воздействия, если таковое имело место (группы должны различаться только по одному исследуемому признаку – наличию или отсутствию психотерапии, либо по виду психотерапевтического воздействия); чёткая характеристика сравниваемых вариантов проведения психотерапии, желательно по согласованной стандартной схеме; оценка промежуточного и итогового состояния участников в системе избранных критериев.

Соблюдение всех вышеназванных принципов будет гарантировать, что распределение по группам было случайным, и на него не повлияли ни субъективность исследователей, ни систематическая ошибка, что в целом обеспечивает основу для проведения необходимого статико-математического анализа по количественной оценке данных, подтверждающих либо отрицающих гипотетический факт существенного повышения эффективности проводимой психотерапии в экспериментальной группе.

Далее, необходимо выдерживать принцип того, чтобы анализ промежуточных и конечных индикаторов эффективности проводил независимый наблюдатель, незнакомого с принадлежностью участников к какой-либо из исследуемых групп (экспериментальной, контрольной, группам сравнения).

Основными встроенными технологиями, которые, собственно, и обеспечивают доказательность

вышеприведённой исследовательской методологии, являются: случайная слепая выборка испытуемых в исследуемых группах – экспериментальной, контрольной, группах сравнения (так называемая, слепая рандомизация); достаточная величина выборки; слепой контроль (в идеале тройной, однако в случае психотерапии – по уже изложенным основаниям – такой контроль ограничивается условиями, приведёнными в последнем абзаце).

Стержнем процедуры исследования эффективности любого, в том числе психотерапевтического вмешательства, в контексте данной методологии, являются рандомизированные контролируемые испытания, которые призваны решать задачу разнообразия, генетической полноты исследуемых «представительств» генеральной совокупности, на которую затем переносится полученный результат (например, на ту или иную популяцию населения с определёнными адаптационными расстройствами). Такая стержневая технология позволяет получить научно обоснованное утверждение в отношении того, что исследуемое вмешательство: 1) действительно; 2) бесполезно; 3) вредно; 4) на сегодняшний день ничего сказать об эффективности данного вмешательства нельзя.

При этом важно понимать, что сама по себе методология доказательной исследовательской практики позволяет получать эти важные ответы вообще без знаний механизма вмешательства и в этом смысле она не подменяет фундаментального исследования. Однако, фундаментальные исследования, проводимые, в том числе, и в сфере профессиональной психотерапии, не могут обойтись без процедуры верификации своих гипотетических положений по стандартам доказательной исследовательской практики, после чего и возможно масштабное внедрение полученных результатов.

Далее, эта наиболее разработанная и совершенная на сегодняшний день методология дополняется процедурой мета-анализа, предусматривающей возможность обобщения многих тематических исследований, выполненных с соблюдением вышеприведённых принципов. Форма, в которой обычно представляется мета-анализ, называется систематическим обзором. Такое обозначение подразумевает, что по мере получения новых данных на ту же тему, обзор систематически обновляется его создателями. Таким образом, систематический обзор является важным инструментом доказательной исследовательской практики, которым могут пользоваться как исследователи, профессионалы – практики, так и клиенты, пациенты, желающие получить доказательно-эффективные виды помощи.

Публикация соответствующих материалов осуществляется за счёт активности Кохрейновского сообщества – организации, осуществляющей поиск и обобщение всех когда-либо проводившихся в мире рандомизированных контролируемых испытаний,

осуществляемых с лечебной целью (Н.А. Зорин, 1999, 2004; Р.Д. Тукаев, 2004; В.И. Курпатов, А.П. Федорова, В.В. Титова и др., 2006; Т. Гринхальх, 2008; М. Egger, G.D. Smith, A.N. Phillips, 1999; A. Faulkner, P. Thomas, 2002).

Что касается используемых на сегодняшний день методов сбора первичной информации о реализуемом психотерапевтическом вмешательстве и основных характеристиках (параметрах) такой информации, то ситуация обстоит следующим образом.

В основном, с целью исследования процесса психотерапии используются методы прямого и непрямого измерения.

Прямые методы оценивают поведение всех участников психотерапевтического процесса в ходе реальных сессий (очная супервизия) или стенограмм, аудио- или видеозаписи (заочная супервизия). Фокусы такого супервизорского анализа здесь следующие: клиент/пациент, психотерапевт, диадное взаимодействие (В.И. Курпатов, А.П. Федоров, В.В. Титова и др., 2006).

Основная проблема (которая, так или иначе, обозначена во всех ранее процитированных упрёках к существующей системе оценок эффективности психотерапевтического вмешательства) здесь заключается в отсутствии унифицированных и согласованных на уровне профессионального сообщества процедуры, документа протокола данного и всех других вариантов психотехнического анализа – основного инструмента оценки промежуточных индикаторов эффективности психотерапевтического вмешательства.

Такого рода дефицит представляется критическим, поскольку речь идёт о технологии идентификации факторов, которые и обеспечивают эффективность такого вмешательства, адекватного шкалирования и измерения степени их представленности в психотерапевтическом процессе. Понятно также и то, что без выверенного методологического решения этого вопроса все последующие построения в рассматриваемой сфере выглядят в достаточной степени произвольными.

О возможностях адекватного решения данной методологической проблемы для профессиональной психотерапии в целом – в рамках реализации базисной исследовательской программы – мы уже говорили в ходе предшествующего обсуждения.

Здесь же стоит ещё раз акцентировать внимание на том, что основные параметры и индикаторы, предлагаемые к использованию в процедуре психотехнического анализа, идентифицируются в ходе реализации корректной исследовательской программы, и что выводимые отсюда варианты психотехнического анализа оставляют место и для всесторонней оценки любых, в том числе экспериментальных психотерапевтических техник, встроенных в универсальный каркас психотерапевтической коммуникации.

К *непрямым методам* измерения первичной информации, имеющей отношение к оценке эффективности психотерапевтического вмешательства, относятся: исследование динамики состояния пациента с помощью соответствующих клинических и клиничко-психопатологических шкал (биологический, клиничко-психопатологический параметры измерения); исследование динамики психологического состояния клиента/пациента с использованием апробированных тестов и методик (психологический параметр измерения); отслеживание собственно социальной динамики, динамики социального функционирования, качества жизни клиента/пациента (социальный и социально-психологический параметры измерения); исследование экономической эффективности – абсолютной и сравнительной – психотерапевтического вмешательства (экономический, стоимостный параметр измерения).

При этом на сегодняшний день наиболее разработанными и часто используемыми в сфере профессиональной психотерапии оценочными параметрами являются клинический, клиничко-психопатологические параметры по причинам того, что вопросы достижения приемлемого консенсуса по всем используемым критериям в отношении однородных клиничко-статистических групп здесь основательно проработаны. Однако современный уровень профильных исследований – позиционируемых в общем контексте биопсихо-социальной парадигмы и приоритета экономической эффективности – уже редко обходится без привлечения какого-либо из упомянутых информационных параметров (Р.Д. Тукаев, 2003; А.И. Кучинов, 2004; В.И. Курпатов, А.П. Федоров, В.В. Титова и др., 2006; Б.В. Михайлов, И.Н. Савир, 2006; Р.К. Назыров, В.В. Холяво, 2006; А.М. Карпов, 2006; А.Б. Холмогорова, 2006; Э.Г. Эйдмиллер, 2006; Б.Д. Карвасарский, 2012; О.В. Бермант-Полякова, 2014).

За счёт использования прямых и непрямых методов отслеживания и сбора информации по совокупности вышеприведённых параметров, адекватной обработки этой первичной информации по методологии доказательной исследовательской практики были получены вполне убедительные свидетельства эффективности психотерапевтического вмешательства в отношении достаточно широкого круга расстройств и состояний.

В первую очередь – это класс психических и поведенческих расстройств синдромального и нозологического уровней, в отношении которых история применения психотерапии наиболее длительная и изученная.

Так, по результатам более четырёхсот корректных исследований и соответствующих мета-анализов, приведённых в третьем издании наиболее полного и современного руководства по клинической психологии и психотерапии Мейнарда Перре и Урса

Бауманна (2012), психотерапия эффективна в отношении следующих изолированных или ассоциированных синдромов:

- первичных инсомний или расстройств сна неорганической природы; наиболее выраженный и долговременный эффект здесь достигается при использовании когнитивно-поведенческой терапии;
- нервной булимии или расстройств приёма пищи; здесь наиболее эффективной является когнитивно-поведенческая психотерапия с компонентами перестройки питания, изменения негативных мыслей и чувств в отношении фигуры, изменения связи между стрессом и едой;
- нервной анорексии, также квалифицируемой как расстройство приёма пищи; здесь наибольшие результаты достигаются за счёт использования ориентированных на отдельные симптомы структурированных психотерапевтических методов;
- двигательных расстройств, включая неврологические (здесь наиболее эффективной является поведенческая психотерапия), психогенные (предпочтение отдаётся ориентированным на поведенческую терапию методам, однако убедительных доказательств их существенного преимущества перед гипнотерапией и психодинамическими подходами к настоящему времени не получено), писчий спазм (здесь так же более предпочтительны методы, ориентированные на поведенческую психотерапию);
- изолированных нарушений восприятия, включая зрительное, слуховое, нарушение чувствительности; здесь, эффективно обучение новым копинг-стратегиям, что можно отнести к методам поведенческой психотерапии;
- расстройств научения, изолированных и связанных с тревожными и депрессивными реакциями; в отношении изолированных расстройств научения успехом пользуется так называемая мета-когнитивная психотерапия; трудности с научением, так или иначе связанные с тревожными и депрессивными реакциями, преодолеваются за счёт использования традиционной поведенческой психотерапии;
- расстройств памяти, изолированных, а также связанных с органическими заболеваниями мозга; здесь отмечена эффективность так называемых стимулирующих методов и терапевтических стратегий, которые следует отнести к поведенческой психотерапии.

По результатам более чем семисот источников (контролируемых исследований, тематических мета-анализов) психотерапия эффективна в лечении почти всех видов психических и поведенческих расстройств, обозначенных в Международной классификации болезни десятого пересмотра (МКБ-10).

Так, психотерапия многими специалистами признаётся патогенетически обоснованным и эффективным лечением психических и поведенческих расстройств, связанных с состоянием зависимости в результате употребления психоактивных веществ (ПАВ). При этом эффективность лечения повышается в случае использования психотерапии в сочетании с симптоматической медикаментозной терапией и комплексными реабилитационными программами, где она выступает в качестве основного функционального стержня. Получены доказательства существенно более высокой клинической, психологической, социальной, экономической эффективности для вариантов: терапии повышающей мотивацию (МЕТ) по В. Миллеру, С. Роллинку; полимодальной стратегической психотерапии лиц, зависимых от психоактивных веществ, когнитивно-поведенческой психотерапии, модифицированной групповой психотерапии, используемых для лечения алкогольной зависимости и наркоманий (Т.В. Пак, 2004; В.В. Титова, 2004; Ю.А. Россинский, 2005; А.Н. Бохан, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский, 2005; А.З. Нургазина, 2006; И.В. Василенко, 2007; Е.М. Крупицкий, А.В. Борцов, 2008; В.В. Макаров, А.Л. Катков, 2009; Н.Б. Ережепов, 2010; А.С. Каражанова, 2010; А.Л. Катков, 2012; Р.К. Назыров, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшкова, 2012).

Относительно эффективности психотерапии пациентов с шизофренией, существует общий консенсус в отношении того, что здесь речь может идти только о частичном клиническом улучшении течения болезни, которое выражается, в частности: удлинением ремиссий, снижением частоты рецидивов, увеличением протяжённости периодов болезни с относительно мягкими проявлениями и большей личностной сохранностью, улучшением комплайенса, более адекватным отношением к факту болезни. При этом отмечается существенно более высокая эффективность таких психотерапевтических методов, как психообразовательный подход, т. е. сочетание специальных когнитивных технологий и формата групповой или семейной психотерапии; когнитивно-поведенческая психотерапия; психодинамическая терапия; интегративная модель психотерапии (В.Д. Вид, 1993, 2001, 2008; А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Н.В. Зуйкова, 2004; И.Я. Гурович, 2005; А.Н. Еричев, 2005; И.Я. Гурович, Н.Д. Семенова, 2007; О.В. Рычкова, 2007; П.Б. Джонс, П.Ф. Бакли, 2008; О.В. Гусева, 2010; О.В. Гусева, А.П. Коцюбинский, 2013; G. Ammon, 1991; F. Leichsenring, E. Leibinc, 2004).

Что касается весьма распространённых эмоциональных расстройств, преимущественно депрессивных и тревожных, то наиболее изученным и эффективным вмешательством здесь является когнитивно-поведенческая психотерапия. Данный вид помощи в существенной части случаев превосходит по эффективности лечение антидепрессантами и анксиолитиками.

В комбинации с фармакотерапевтическим лечением когнитивно-поведенческая психотерапия способствует более мягкому протеканию основных симптомов, эффективной диссоциации пациента с полюсом болезненных переживаний, более раннему выходу из аффективной фазы, увеличению продолжительности ремиссий и повышению качества жизни пациента в ремиссионный период (А.Т. Beck, 1979, 2008; А.Т. Beck, А.Т. Rush, В.Ф. Shav G. Emery, 1992; К.С. Dobson, 1989; V. Cloaguen, J. Cotraux, M. Cucherat, 1998; R.J. De-Rubies, L.A. Gelfand, T.Z. Tang, A.D. Simons, 1999; S.D. Holon, K.L. Hama, L.L. Brown, 2002). Кроме того, имеются данные о достаточно высокой эффективности групповой психотерапии, психообразовательного подхода, интегративных моделей психотерапии, которые также могут использоваться как единственный метод лечения аффективных расстройств, либо в комбинации с антидепрессантами и анксиолитиками и другими видами помощи (С.В. Днепровская, 1977; А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Н.В. Зуйкова, 2004; А.Б. Холмогорова, 2011).

По такому наиболее распространённому среди населения виду расстройств, как «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», обозначаемые в МКБ-10 рубриками F40-F49, психотерапия является основным патогенетически обоснованным вмешательством, эффективность которого в достаточной степени доказана. В третьем издании «Психотерапевтической энциклопедии» под редакцией Б.Д. Карвасарского (2006) среди наиболее эффективных форм такого вмешательства называются методы групповой психотерапии (В.А. Мурзенко, 1975; Е.В. Кайдановский, 1982; Г.Л. Инсурина, 1983; А.П. Федоров, Э.Г. Эйдемиллер, 1984). А также метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Инсуриной, Ташлыкова, разработанной на основе патогенетической терапии Мясищева (С.С. Либих, 1974; В.К. Мягер, 1976; Г.Л. Инсурина, 1983; В.А. Ташлыков, 1984; Б.Д. Карвасарский, 1985; А.А. Александров, 1992; В.А. Абабков, 1993; Ю.Я. Тупицин, 1993). Кроме того, здесь же приводится обширный список работ, подтверждающих эффективность практически всех известных и признанных на сегодняшний день психотерапевтических подходов и школ. В руководстве по «Клинической психологии и психотерапии» М. Перре и У. Бауманна (2012) в отношении такой особой группы расстройств обсуждаемого регистра, как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) приводятся данные об эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии, ДПДГ по Ф. Шапиро, гипнотерапии, интегрированной психодинамически-когнитивной психотерапии, нарративной экспозиции, метода обзора жизни, групповой психотерапии, комбинированной эмоциональной регуляции (М.Т. Horowitz, 1986; R.A. Resick, M.K. Sknicke, 1993; K. Gillespie, M. Duffy, A. Hackmann, D.M. Clark, 2002;

M. Cloitre, K.C. Koenen, L.R. Cohen, H. Han, 2002; A. Ehlers, D.M. Clark, A. Hackmann, 2003; F. Neuner, M. Schaner, C. Klaschik, U. Karunakara, T. Elbert, 2004). В отношении расстройств адаптации, обозначаемых общим шифром – F43.2, получены данные об эффективности экспресс-психотерапевтического вмешательства (А.Л. Катков, 2011).

Далее, эффективность психотерапевтического вмешательства отмечается и по другим достаточно распространённым среди населения видам психических и поведенческих расстройств. Так, например, при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения и развития у детей и подростков в качестве наиболее эффективных называются: поведенческая психотерапия, психотерапия семьи, игровая терапия, некоторые специальные варианты групповой психотерапии (Д. Уайлд, 2012; М.К. Schmidt, A. Brink, 1995; J.R. Weitz, B. Weiss, S.S. Han, D.A. Granger, T. Morton 1995; L. Baving, M.H. Schmidt, 2001). В отношении расстройств личности и поведения в зрелом возрасте рекомендуется сочетание когнитивных, поведенческих и специальных тренинговых подходов, активизирующих личностные ресурсы клиентов. Такого рода подходы, агрегированные в специальные терапевтические стратегии, соответствуют основным типам личностных расстройств и способствуют компенсации последних (П. Фидлер, 2012).

Психотерапия, кроме того, с успехом применяется в соматической медицине, неврологии, рекреационной медицине и курортологии с прогнозируемыми эффектами: 1) повышения эффективности лечебных воздействий биологической природы; 2) значительного уменьшения или даже устранения соматических расстройств; 3) повышения уровня адаптации пациентов к общему «стрессу болезни», новым условиям жизни в данной связи; 4) повышения социальной активации больных в ходе всего рекреационного периода (Б.Д. Карвасарский, 2012).

Что же касается использования психотерапии в целях форсированного развития потенциала здоровья, эффективной профилактики, достижения активного долголетия, то на сегодняшний день имеются лишь относительно краткосрочные позитивные результаты отдельных пилотных проектов, которые нуждаются в уточнении.

3.4. Всё вышесказанное позволяет утверждать, что психотерапия в настоящее время исследуется, в основном, как институт, выполняющий лечебные задачи в сфере здравоохранения. Основной потенциал профессиональной психотерапии, связанный с возможностями форсированного развития индивидуального и социального здоровья (в обновлённом понимании данных категорий, с акцентом на их качественные характеристики) еще только начинает разворачиваться.

Понимание того, в каком именно направлении будет развиваться этот потенциал – и, соответствен-

но, система оценок эффективности психотерапевтического вмешательства – выводится из следующих, весьма определённых и жёстких эволюционных и технологических контекстов.

По мнению многих учёных, опирающихся на проверенные факты, скорость процесса эволюции в связи с беспрецедентным ростом гуманитарной популяции и ресурса знаний за последнее тысячелетие увеличилась самым драматическим образом, т.е. на несколько порядков. Констатируется тот факт, что в новейшее время каждое поколение живёт в свою эпоху, формируемую уникальными для данной эпохи параметрами порядка, и это обстоятельство требует совершенно особых условий развития.

В тоже время, по свидетельствам практически необозримого количества исследований степень агрессивности среды – физической, биологической и, особенно, информационной – в последние десятилетия стремительно возрастает. И если ещё в начале и середине прошлого столетия динамика такого рода интерпретировалась экспертами как, в основном, потенциальная угроза для жизни и здоровья человека, то уже в начале XXI века фиксируемые уровни агрессивности среды оцениваются как прямая угроза и вызов адаптационному потенциалу гуманитарной популяции в целом.

С точки зрения синергетического подхода, исследующего процессы самоорганизации сложных динамических систем, все вышеперечисленные тенденции следует интерпретировать как признаки кризисной смены стержневых параметров порядка, тысячелетиями поддерживающих жизнь и стабильное развитие системы «человек – среда». Существенное увеличение информационных стратегий, умножение числа жизненных альтернатив здесь следует рассматривать как необходимое условие выживания системы, двигающейся, пока что, по катастрофическому сценарию развития.

Далее, понятно, что ключевыми, т.е. наиболее актуальными и созвучными реалиям новейшего времени, характеристиками адаптивного цикла человека должны стать: прогрессирующее ужимание во времени; всё более возрастающая роль осмысленной самоорганизации субъекта и социума; беспрецедентный рост креативного «выхода», а также – все факторы и обстоятельства, способствующие ускоренному формированию данных важнейших характеристик.

В ключе обсуждаемого эволюционного контекста и требований новейшего времени к адаптивно-креативному циклу, во-первых, рельефно высветливается роль наиболее востребованного психотерапевтического эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у субъекта или группы в ограниченные временные периоды. А во-вторых, наличие уникального развивающего потенциала пси-

хотерапии, который объединяет две наиболее эффективные адаптационные стратегии: умножения числа альтернатив кризисного развития субъекта; возврата к стволу фундаментального параметра порядка – алгоритму адаптивно-креативного цикла – с возможностями ускоренного прохождения его конструктивного варианта.

Психотерапия в данном контексте выступает, прежде всего, как «включённый» инструмент самоорганизации субъекта или группы, находящийся в состоянии адаптационного напряжения. А в качестве основного критерия эффективности использования данного инструмента выступают характеристики скорости прохождения конструктивного варианта адаптивно-креативного цикла, которые должны ещё уточняться с помощью базисной научно-исследовательской программы. Эти характеристики, в том числе, должны включать и такой индикатор, как уровень развития крайне важной интегративной функции психики, обеспечивающей: 1) эффективную самоорганизацию; 2) устойчивость; 3) безопасность человека в агрессивной среде. Данная интегративная функция, отслеживаемая на всех этапах её становления, имеет все шансы стать главной мишенью для инновационных профилактических и терапевтических стратегий, предусматривающих эффективное психотерапевтическое вмешательство. А соответствующий психологический компонент должен стать приоритетным в обновлённом понимании категории индивидуального и социального здоровья, и программах мониторинга общественного здоровья.

Второй, техногенный цивилизационный контекст, имеющий непосредственное отношение к обсуждаемой теме, именно в аспекте внимания к биотехнологиям (т. е. технологиям, направленным, в первую очередь, на исследование и поддержку феномена жизни) переживает поистине революционный этап своего развития.

В настоящее время, когда всерьёз обсуждаются технические перспективы переноса феномена сознания на искусственные носители и в связи с этим возможности по достижению практического бессмертия проблема адекватного и постоянного мониторинга «объективных» параметров гомеореза представляется вполне решаемой и даже рутинной.

По крайней мере, в исследовательских целях уже используются технологии длительного, непрерывного мониторинга и цифровой обработки данных о параметрах состояния сознания субъекта (такие технологии разработаны для управления специальными био-роботами или «аватарами»). Далее, в ближайшем будущем окажется возможным использование нанороботов, непрерывно сканирующих и анализирующих основные параметры гомеореза в ходе прохождения субъектом соответствующих этапов и фаз адаптивно-креативного цикла.

В сочетании с проработанными и компьютеризированными (там, где это возможно) вариантами психотехнического анализа, эти технологии позволят выстраивать адекватные математические модели психотерапевтического процесса, демонстрирующие сложную и продолжительную динамику взаимодействия наиболее значимых, учитываемых и оцениваемых факторов.

С нашей точки зрения, такой прорыв в технологиях оценки эффективности психотерапевтического вмешательства и моделировании сложных процессов, лежащих в его основе, должен привести к «цепной реакции» позитивных последствий, касающихся реальных и потенциальных клиентов, всего населения, а так же института науки в целом:

- реальные и потенциальные клиенты получат непосредственные дивиденды в виде существенного повышения качества психотерапевтической помощи;

- с появлением соответствующей доказательной базы будет реализована возможность полноценного развития, институализации и использования саногенного потенциала профессиональной психотерапии в его полном объёме;

- с разработкой адекватных математических моделей, рассчитывающих долговременные саногенные эффекты психотерапевтического вмешательства, появится возможность адекватного сопоставления доминирующей идеологии протезирования прогрессивно утрачиваемых компонентов здоровья и адаптивной, ориентированной на форсированное развитие ресурсного статуса человека и общества, стратегии социальной психотерапии. Соответственно, появятся шансы на реализацию комплексного подхода с ощутимыми конструктивными последствиями для населения в целом;

- далее, с использованием сложных математических моделей объёмной реальности появится возможность подлинных прорывов в авангардной науке, что, скорее рано, чем поздно, вернётся позитивными резонансными волнами к человеку, развивая и совершенствуя его систему координат в современном мире.

Два последних вектора в этой «цепной реакции» представляют другие – отличные от традиционных – планы оценки эффективности профессиональной психотерапии, развёрнутые в важнейшие сферы социальной активности современного человека. Однако, именно такие векторы и критерии социальной эффективности профессиональной психотерапии, с учётом проанализированных нами актуальных контекстов, и будут востребованы в самые ближайшие годы.

Заключение

Проблема оценки эффективности психотерапевтического вмешательства становится всё более актуальной с учётом растущей востребованности дан-

ной практики, тогда как отсутствие реальных результатов по данному направлению самым негативным образом сказывается на темпах развития профессиональной психотерапии.

Проведённое нами исследование современного состояния обсуждаемой проблемы показывает, что базисные характеристики рассматриваемых оценочных систем зависят от места профессиональной психотерапии в ареале научных направлений и системы кодифицированных научных знаний в целом. То есть, такие оценочные системы или развиваются в контексте общего поступательного движения психотерапии в данном направлении, или используют, в основном, заимствованные технологии, к которым предъявляется множество обоснованных претензий.

Тем не менее, результаты, полученные к настоящему времени даже и за счёт универсальных и заимствованных оценочных технологий, убедительно

свидетельствуют об эффективности многих апробированных методов профессиональной психотерапии по широкому профилю лечебно-реабилитационных вмешательств, предпринимаемых в отношении психических и поведенческих, соматических, неврологических и других расстройств.

Вместе с тем, основные перспективы по разработке и внедрению адекватной системы оценок эффективности психотерапевтического вмешательства, как и развития профессиональной психотерапии в целом, связаны с возможностью реализации базисной исследовательской программы и формирования дееспособного дисциплинарно-коммуникативного сообщества.

Что, собственно, и предполагает дальнейшее позиционирование профессиональной психотерапии в качестве самостоятельного научно-практического направления.

Список литературы:

1. Айзенк Г.Дж. *Сорок лет спустя: новый взгляд на проблему эффективности в психотерапии* // Психологический журнал. – 1994. – Т. 14., № 4. – С. 3-19.
2. Бауманн У., Рейнекерт К. *Методика исследования клиничко-психологических вмешательств* / В кн. Пере М., Бауманн У. *Клиническая психология и психотерапия* // 3-е издание, пер. с нем. – СПб.: Питер, 2012. – Глав 16. – С. 285-300.
3. Бермант-Полякова О.В. *Психодиагностика и жизнь* // Психотерапия. – 2014. – № 3 (135). – С.18-31.
4. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. *Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией.* – Павлодар, 2005. – 287 с.
5. Вагнер Э. *Психотерапия как наука, отличная от медицины* / В кн. *Психотерапия новая наука о человеке.* – М.: Академический проект, 1999. – С. 249-281.
6. Ван Дорзен-Смит Э., Смит Д. *Является ли психотерапия самостоятельной научной дисциплиной?* / В кн. *Психотерапия новая наука о человеке.* – М.: Академический проект, 1999. – С. 30-58.
7. Варга А.Я. *Психотерапия – не наука и не искусство* // Психотерапия – 2013. – № 1 (121). – С. 56-58.
8. Василенко И.В. *Третичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией (клиничко-социальный и организационно-экономический аспекты): автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н.* – Павлодар, 2007. – 30 с.
9. Вид В.Д. *Психотерапия шизофрении.* – 3-е издание. – СПб., 2008. – 512 с.
10. Вид В.Д. *Психоаналитическая психотерапия при шизофрении.* – СПб., 1993. – 236 с.
11. Вид В.Д. *Психотерапия шизофрении.* – Питер, 2001. – 428 с.
12. Гринхальх Т. *Основы доказательной медицины: пер. с англ. / под ред. И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова.* – 3-е изд. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008. – 288 с.
13. Гурович И.Я. Семенова Н.Д. *Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции* // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2007. – Т. 17. – вып. 4. – С. 81-85.
14. Гурович И.Я. *Реформирование психиатрической помощи: организационный аспект* // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2005. – Т. 15. – С. 12-17.
15. Гусева О.В. *Интегративные психотерапевтические программы в психиатрии: исследование эффективности* // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2010. – № 3. – С. 19-22.
16. Гусева О.В., Коцюбинский А.П. *Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств: интеграция образовательного, когнитивно-поведенческого и психодинамического подходов: руководство для врачей.* – СПб.: СпецЛит, 2013. – 287 с.
17. Гуттерер Р. *Критические перспективы психотерапевтических исследований и практики* / В кн. *Психотерапия новая наука о человеке.* – М.: Академический проект, 1999. – С. 156-182.
18. Датлер В., Фельт У. *Психотерапия – самостоятельная дисциплина?* / В кн. *Психотерапия новая наука о человеке.* – М.: Академический проект, 1999. – С. 58-90.
19. Джонс П.Б., Бакли П.Ф. *Шизофрения: клиническое руководство / под общей ред. проф. С.Н. Мосолова; пер. с английского* – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 191 с.
20. Днепровская С.В. *Групповая психотерапия больных затяжными депрессиями.* // *Восстановительная терапия психически больных.* – Л., 1977. – С. 80-89.

-
-
21. Ережепов Н.Б. Особенности формирования ремиссии у зависимых от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии: автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. – Павлодар, 2010. – 49 с.
 22. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией: автореферат дис. канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 23 с.
 23. Зорин Н.А. Что такое кохрейновское содружество (cochrane collaboration) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 2. – С. 107- 108.
 24. Зорин Н.А. Доказательная медицина и психотерапия: совместимы ли они? // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2004. – Т. X, № 4. – С. 12-16.
 25. Ильин В.В. Философия: учебник // В 2 т. – Ростов н/Д: «Феникс», 2006. – Т. 2. – 784 с.
 26. Каражанова А.С. Сравнительная эффективность комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами: автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. – Павлодар. – 34 с.
 27. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – Питер, 2006. – 752 с.
 28. Карвасарский Б.Д. Психотерапия // 4-е издание. – СПб.: Питер, 2012. – 671 с.
 29. Карпов А.М. Доказательность медицинской помощи должна соответствовать биопсихосоциальной структуре. / В сб.: Психотерапия в системе наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 31-32.
 30. Катков А.Л. Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование). – Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.
 31. Катков А.Л. Методология комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2010. – Т. X, № 1. – С. 34-76.
 32. Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 2. – С. 61.
 33. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия // Ж. Психотерапия. – М., 2011. – № 10, спец. выпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация», 7-9.10.2011 г., Россия, г. Москва. – С. 63-69.
 34. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. – Павлодар, 2003. – 267 с.
 35. Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей – психотерапевтов) под ред. Назырова Р.К., Федоряка Д.А., Ляшковской С.В. – СПб: НИИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – 456 с.
 36. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Зуйкова Н.В. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами: пособие для врачей. – СПб.: Изд. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004. – 26 с.
 37. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. Принципы доказательной медицины в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 84-95.
 38. Курпатов В.И., Федоров А.П., Титова В.В., Третьяк Л.Л., Чугунов Д.Н., Богдан Р.А., Осипова С.А. Методы исследования и оценка эффективности психотерапии / В сб.: Психотерапия в системе наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 35-36.
 39. Кучинов А.И. К вопросу о критериях оценки эффективности психотерапии // Психотерапия. – 2004. – № 11. – С. 2-4.
 40. Лакатос И. Методология исследовательских программ // Пер. с англ. – М.: Издательство АСТ, 2003. – 380 с.
 41. Макаров В.В. Психотерапия: наука, искусство, ремесло // Ж. Психотерапия. – 2013. – № 1. – С. 2-4.
 42. Макаров В.В., Катков А.Л. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2009. – Т. XV, № 1. – С. 20-25.
 43. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / ВОЗ; Россия. – СПб., 1994. – 303 с.
 44. Михайлов Б.В., Саврир И.Н. Понятие диагноза в современной психотерапии как условие ее развития на принципах доказательной медицины. / В сб.: Психотерапия в системе наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 40-41.
 45. Назыров Р.К., Холявко В.В. О клинической психотерапии / В сб.: Психотерапия в системе наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 41-42.
 46. Нургазина А.З. Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2006. – 28 с.
-
-

-
-
47. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2004. – 28 с.
48. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии // 5 издание. – СПб.: Питер, 2003. – 543 с.
49. Пере М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия // 3-е издание, пер. с нем. – СПб.: Питер, 2012. – 943 с.
50. Притц А., Тойфельхарт Х. Психотерапия – наука о субъективном // В кн. Психотерапия: Новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 10-30.
51. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии // 6-е международное издание. – М.: «Олма-пресс», 2005. – 383 с.
52. Пуговкина О.Д., Никитина И.В., Холмогорова А.В., Гаранян Н.Г. Научные исследования процесса психотерапии и её эффективности: история проблемы // Московский психотерапевтический журнал. – 2009. – Том 60, № 1. – С. 35-69.
53. Рейтер Л., Штайнер Э. Психотерапия и наука. Наблюдение за одной профессией / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 182-234.
54. Ромек Е.А. Психотерапия: рождение науки и профессии / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 27-46.
55. Рычкова О.В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и в психосоциальной терапии больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17. – вып. 4. – С. 91-104.
56. Титова В.В. Исследования эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – СПб., 2004. – 31 с.
57. Тукаев Р.Д. Проблематика оценки эффективности психотерапии психогений / Социальная и клиническая психиатрия – № 4. – С. 102-108.
58. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 87-96.
59. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности клинической психотерапии: результаты и перспективы // Психотерапия. – 2003. – № 8. – С. 20-24.
60. Уайлд Д. Терапия гнева, тревоги и депрессии у детей и подростков. Когнитивно-бихевиоральный подход. / пер. с английского; под научной ред. В.М. Астапова. – М.: МПСУ; Воронеж: МОДЭК, 2013. – 192 с.
61. Фидлер П. Расстройства личности: вмешательство / В кн. Пере М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия // 3-е издание, пер. с нем. – СПб.: Питер, 2012. – Глав 33.3. – С. 754-761.
62. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия аффективного спектра. – М.: Медпрактика, 2011. – 978 с.
63. Холмогорова А.Б. Проблема эффективности в современной психотерапии. / В сб.: Психотерапия в системе наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 65-66.
64. Хусаинова Н.Ю. Проблема научности психотерапии // Психотерапия. – 2013. – № 1(121). – С. 65-68.
65. Хусаинова Н.Ю. Проблема научности психотерапии / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 65-68.
66. Шипек Г. Психотерапия – это наука? / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 234-249.
67. Штайнлехнер М. Психотерапия на пути к науке методической рефлексии субъективных расстройств в рамках социального жизненного мира / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 142-156.
68. Эйдемиллер Э.Г. Роль и место современной психотерапии в системе доказательной медицины. / В сб.: Психотерапия в системе наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 71-72.
69. Ammon G. Dynamic structural psychiatry today // *Dynamische Psychiatrie*. – 1991. – № 1/2. – P. 21-29.
70. Baving L., Schmidt M.H. (2001) *Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder – und Jugendpsychiatrie I und II. Zeitschrift für Kinder – und Jugendpsychiatrie und psychotherapie*, 29, S. 189-220.
71. Beck A.T., Rush A.J., Shav B.F., Emery G. (1992) *Kognitiv Therapie der Depression*. Weinhein: Beltz PVU.
72. Beck A.T. *The evaluation of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates* // *Amer. Journal Psychiat.* – 2008. – Vol. 165. – P. 1-9.
73. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.E. *Cognitive Therapy of Depression*. – New York: Guilford Press, 1979. – 425 p.
74. Cloaguen V., Cotraux J., Cucherat M. (1998). *A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. Journal of affective disorders*, 49, P. 59-72.
75. Cloitre M., Koenen K.C., Cohen L.R., Han H. (2002). *Skills training in affective disorder for PTSD related to childhood abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70, P. 1067-1074.
76. DeRubeis R.J., Gelfand, L.A., Tang T.Z., Simons A.D. (1999). *Medication versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients. Meta-analysis of four randomized comparisons. American Journal of Psychotherapy*. 156, P. 1007-1013.
-
-

-
-
77. Dobson K.S. (1989) *A metaanalysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, P. 414-419.
78. Egger M., Smith C.D., Phillips A.N. *Мета-анализ. Принципы и процедуры. // Обзор современной психиатрии. – 1999. – вып. 3. – С. 94-99.*
79. Ehlers A., Clark D.M., Hackmann A., McManus F., Fennell M., Herbert C., Mauou R. (2003). *A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and reparated assessments as early interventions for post-traumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry*, 60, P. 1024-1032.
80. Eyzenc H.J. *The effects psychotherapy: An evaluation // J. Consult. Psychol. – 1952. – Vol. 16. – P. 319, 324.*
81. Faulkner A., Thomas P. *Проводимая пользователями исследования и доказательная медицина // Обзор современной психиатрии. – 2002. – вып. 4. – С. 5-8.*
82. Frank J.D., Frank J. *Persnasion and bealing (3rd ed.). – Baltimore: Johas Hopkins University Press, 1991. – 196 p.*
83. Gillespie K.M., Duffy M., Hackmann A.D., Clark D.M. (2002). *Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. Behavior Research & Therapy*, 40, P. 345-357.
84. Grissom R.J. *The magical number. 7+- 2 Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control // J. consult. Clin. Psychol. Rev. – 1996. – Vol. 64. – P. 973-982.*
85. Holon A.D., Haman K.L., Brown L.L. (2002). *Cognitive-behavioral treatment of depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.). Handbook of depression / New York: Guidolrf Press. P. 383-408.*
86. Horowitz M.J. (1986) *Stress response syndroms (2nd ed)/ Northvale: Aronson.*
87. Jones M.C. *The elimination of children's fears // J. of Experimental Psychotherapy and behavior change. – 1924. – Vol. 7. – P. 383-390.*
88. Lambert M.J., Bergin A.E. *The effectiveness of psychotherapy / In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York. Wiley, 1994. – P. 143-189.*
89. Leichsenring F., Leibinc E. *The Efficacy of short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders // Arch. Cen. Psychiat. – 2004. – Vol. 61. – P. 1208-1216.*
90. Mowrer O.H., Mowrer W. *Enuresis: a method of its study and treatment // Amer. Journal of Ortipsychiatry. – 1938. – Vol. 8. – P. 436-459.*
91. Neuner F., Schaner M., Klaschik C., Karunakara U., Elbert T. (2004). *A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugeesettlement. Journal of Consalting and Clinical Psychology*, 72, P. 579-580.
92. Perres M. *Wissenschaftstheoretische Probleme der Klinischen Psychologie; Psychetherapeutische Methoden – zum Stand ihrer metatheoretischen Diskussion. In W.-R. Minsel & R. Schiller (Hrsg.) Forschungskonzepte der Klinischen Psychologie (S. 148-163) / Munchen; Kosel.*
93. Resick R.A. & Sknicke M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Neubary Park: Sage.*
94. Russee R., Orlinsky D. *Psychotherapy research in historical perspective // Archives of General Psychotherapy. – 1996. – Vol. 53, № 8. – P. 8.*
95. Schmidt M.K., Brink A. (1995). *Verhaltenstherapie und pharmacotherapie. Kindheit und Entwicklung*, 4, S. 236-239.
96. Stieglitz R.-D. & Baumann U. (2001). *Veranderungsmessung. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H.J. Freyberge (Hrsg.) Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psuchiatrie, Psychetherapie (2. auft., S. 21-38). Studgart: Thieme.*
97. Weitz J.R., Weiss B., Han S.S., Granger D.A., Morton T. (1995). *Effects of psychotherapy with shildren fnd adolescents revisited: A metaanalysis of treatment outcome studies. Psychological Bullein*, 117, P. 450-468.
-
-

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МИДОКАЛМ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ТРАНЗИТОРНЫХ ТИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

С.Д. Вейсенберг
Ж.С. Жунусова

детский врач психиатр I категории, г. Караганда (Казахстан)
ассистент кафедры клинической фармакологии и доказательной медицины
КГМУ, детский врач психиатр I категории, г. Караганда (Казахстан)
заведующая педагогической частью ОДПНД психолог, г. Караганда (Казахстан)

Л.П. Ковалева

Для полноценной терапии транзиторных тиков необходимо дифференцировать последние от схожих состояний. Во-первых, необходимо разграничение невроза навязчивостей и невротических тиков. А также дифференцировать транзиторные тики с различными органическими насильственными гиперкинезами, миоклоническими пароксизмами и патологически привычными действиями. Для этого необходимы чёткие определения.

Невроз навязчивых состояний

В возникновении неврозов навязчивостей у детей школьного возраста и подростков основная роль принадлежит длительно действующим, нередко хроническим, психотравмирующим ситуациям, связанным с конфликтом между желанием и чувством долга, эмоциональным напряжением, обусловленным сознанием ответственности, повышенными требованиями к ребенку со стороны родителей и т.п.

У детей младшего школьного возраста, а также при наличии психического инфантилизма, интеллектуальной недостаточности невротические навязчивости могут возникать под влиянием острых психических травм, сопровождающихся испугом. В этом случае первым этапом заболевания является невротическая реакция в форме так называемого «невроза испуга» со страхами сверхценного содержания, которые в дальнейшем приобретают характер навязчивых страхов. Наличие такого варианта динамики невроза является одной из причин сближения (объединения) невроза навязчивостей и невроза страха.

Наряду с психотравмирующими факторами в этиологии невроза навязчивостей большое значение имеют специфические тревожно-мнительные черты характера ребёнка. Невроз навязчивостей более тесно связан с особенностями личности, чем другие неврозы. В этиологии невроза навязчивостей определённое значение имеет также неправильное воспитание (гиперпротекция с тревожным отношением родителей к здоровью ребёнка, а также чрезмерная требовательность).

Патофизиологические механизмы навязчивых действий связаны с образованием *изолированных очагов инертного возбуждения*.

Существует мнение, что очерченный невроз навязчивых состояний не может возникнуть ранее 10-летнего возраста, что, очевидно, связано с необходимостью наличия определённой степени зрелости сознания для появления того особого отношения личности к навязчивым явлениям, которое характерно для данного невроза.

Вместе с тем навязчивые явления психогенного происхождения могут наблюдаться уже в раннем детском возрасте. В случае возникновения более или менее устойчивых психогенных навязчивостей разного характера у детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста целесообразно говорить не о неврозе навязчивостей, а о невротических реакциях в форме невротических состояний.

Симптоматика одной из основных форм невроза навязчивостей – *навязчивых действий*, у детей и подростков выражается преимущественно в виде разнообразных движений и действий. В школьном и младшем школьном возрасте преобладают элементарные навязчивые движения – *навязчивые тики*, а так же относительно простые навязчивые действия.

Характер навязчивых тиков весьма разнообразен, чаще всего это мигания, наморщивание лба или носа, подергивания плечами, респираторные тики («шмыгание» носом, «хмыкание», покашливание и т.п.), внешне сходные произвольные движения (так называемые неврозоподобные тики) что наблюдаются у детей младшего возраста при неврозоподобных заболеваниях соматического, резидуально-органического и нередко процессуального происхождения.

При отграничении этих весьма сходных проявлений необходимо иметь в виду следующие признаки, свойственные невротическим (навязчивым) тикам.

1. Навязчивые тики возникают на основе различных целесообразных защитных движений, чаще рефлекторных (мигательный рефлекс при попадании в глаз инородного тела или при конъюнктивите; наморщивание лба при низко спускающихся волосах, облизывание губ при их сухости, вздергивание плечами и откидывание головы при появлении пугающего объекта перед лицом и т.п.), хотя в даль-

- нейшем они утрачивают первоначальный защитный характер.
2. У больного с навязчивыми тиками имеется *потребность в повторении навязчивого движения, связанная с эмоциональным напряжением, которое усиливается при задержке этого движения.*
 3. Навязчивые движения *осознаются* больными (исключая детей раннего и дошкольного возраста) как чуждые, болезненные, как «дурная привычка».
 4. Дети школьного возраста часто стесняются своих навязчивых тиков, стараются скрыть или замаскировать их.
 5. Навязчивые тики *не имеют признаков неврологической локальности* (например, в виде чёткого преобладания с одной стороны), которые нередко наблюдаются при неврозоподобных тиках резидуально-органического происхождения.
 6. Навязчивые тики значительно усиливаются при волнении и в психотравмирующих ситуациях, в то время как в случае соматического заболевания они либо не меняются, либо даже ослабевают.
 7. Тики навязчивого характера, как правило, сочетаются с различными невротическими расстройствами, включая навязчивые страхи, опасения и др.
 8. Применение психотерапевтических мероприятий при навязчивых тиках часто даёт эффект, тогда как при неврозоподобных тиках любого происхождения большинство видов психотерапии (исключая аутогенную тренировку) малоэффективно.

К навязчивым тикам близко примыкают некоторые *виды патологически привычных действий*, например, сосание пальцев, кусание ногтей, выдергивание и выщипывание волос (трихотилломания). Однако эти патологически привычные действия далеко не всегда носят навязчивый характер. К числу навязчивых действий (или навязчивых влечений) их можно относить только в тех более редких случаях, когда они сопровождаются субъективно тягостным чувством неотвязности, переживаются ребёнком как чуждые, болезненные, вредные, мешают его повседневной деятельности. Патологически привычные действия, не обладающие этими свойствами, рассматривается как самостоятельная группа расстройств в рамках «моносимптомных неврозов».

Невроз навязчивых состояний относится к числу затяжных и склонных к рецидивирующему течению форм неврозов, как у детей, так и у взрослых. Течение невроза навязчивых страхов в детском возрасте более благоприятно и более кратковременно по сравнению с течением невроза навязчивых действий. Во всех случаях затяжного течения невроза

навязчивостей у детей и подростков происходит постепенное нарастание определённых патологических черт характера – тревожности, мнительности, склонности к навязчивым сомнениям, опасениям и страхам, т.е. имеет место невротическое формирование (развитие) личности обсессивно-фобического типа. В связи с этим грань между неврозом навязчивостей в узком смысле слова и обсессивно-фобическим развитием весьма условна.

Затяжные случаи невроза навязчивостей всегда требуют дифференциальной диагностики с неврозоподобными вариантами вяло протекающей шизофрении. При отграничении должны приниматься во внимание психопатологические различия навязчивых страхов психогенного и шизофренического происхождения. Наряду с этим большое значение имеет иной характер изменений личности при неврозе навязчивостей с отсутствием специфических для шизофрении негативных проявлений (аутизма, эмоционального снижения, падения активности продуктивности, изменений мышления). Следует учитывать также особенности динамики навязчивостей, для которой при неврозе навязчивостей не характерен выход симптоматики за рамки невротических синдромов, в то время как при шизофрении отмечается тенденция к трансформации навязчивостей в психические автоматизмы, бредовые идеи и стереотипии, лишённые аффективного радикала.

Представителям педагогических профессий, в работе с детьми с диагнозом невроз навязчивых состояний, в первую очередь необходимо знать, что для результативного процесса лечения следует строго придерживаться следующих правил и норм:

- строгое соблюдение охранительного режима;
- соблюдение тактичного, доброжелательного, внимательного отношения к ребёнку;
- гармоничное сочетание циркадных ритмов (сон, бодрствование);
- не акцентировать внимание ребёнка на его проблеме;
- создавать в коллективе детей благоприятную, позитивно окрашенную обстановку;
- во время ответов ребёнка оказывать эмоциональную поддержку и стимулирующую помощь;
- категорическое исключение психотравмирующих ситуаций (ребёнок не должен быть свидетелем конфликтных ситуаций);
- использование умелого чередования различных видов деятельности.

Следует отметить, что самым главным и значимым образцом воспитателя для ребёнка с навязчивостями, являются родители (мать, отец, либо кто-то ещё значимый). Соответственно, для успешного лечения и восстановления здоровья очень важно, чтобы эти правила, в первую очередь, строго соблюдались взрослыми в повседневной жизни ребёнка, рядом с близкими и родными ему людьми.

Невротические тики

Невротическими тиками называют разнообразные автоматизированные привычные элементарные движения (мигание, наморщивание лба, крыльев носа, облизывание губ, подергивания головы, плечами, различные движения конечностями, туловищем), а так же покашливания, «хмыкание», «хрюкающие» звуки (так называемые респираторные тики), которые возникают в результате фиксации того или иного действия, первоначально имевшего целесообразный характер. В части случаев тики могут приобретать навязчивый характер, тогда они относятся к проявлениям невроза навязчивых состояний. Вместе с тем нередко, особенно у детей младшего возраста, невротические тики не сопровождаются чувством внутренней несвободы, напряжения и навязчивым стремлением к повторению того или иного фиксированного движения. Такие фиксированные автоматизированные привычные движения называются *психопатологически недифференцированными невротическими тиками*.

Невротические тики весьма распространены в детском возрасте. Чаще всего тики встречаются у детей в возрасте от 7 до 12 лет. Тики учащаются в периоды второго и пубертатного кризисов.

В э т и о л о г и и невротических тиков роль причинных факторов играют длительные психотравмирующие ситуации, острые психические травмы, сопровождающиеся испугом, местное раздражение (конъюнктивы, дыхательных путей, кожи и т.д.), вызывающее защитную рефлекторную двигательную реакцию, также подражание тикам у кого-либо из окружающих. Самыми частыми причинными факторами тика являются местное раздражение, вызывающее рефлекторное защитное движение (37,6% случаев), и длительная психотравмирующая ситуация, сопровождающаяся конфликтными переживаниями ребёнка (28,8%). Наряду с этим, важная роль в этиологии тиков отводится системной слабости стриопаллидарных функциональных механизмов, которая может иметь как приобретённый характер в связи с остаточными явлениями раннего органического поражения, так и врождённый, в том числе семейно-наследственный. Способствует возникновению тиков также наличие невропатического состояния. Патогенез невротических тиков изучен мало. Предполагается роль патологической условной связи с участием двигательных систем, которая отличается особой стойкостью в связи с инертностью процесса возбуждения.

К л и н и к а невротических тиков, несмотря на разнообразие их форм, в целом довольно однотипна. Преобладают движения в мышцах лица, шеи, плечевого пояса, а также респираторные тики. Локализация тиков в ходе заболевания может многократно изменяться. Со временем, особенно у детей школьного возраста, тики из психопатологически недифференцированных могут превращаться в навязчи-

вые тики. Субъективно дети оценивают тики как своеобразную «привычку», нередко считают её болезненной, хотя в отличие от больных с навязчивыми движениями (в том числе и навязчивыми тиками) обычно не пытаются активно преодолеть эту «привычку». Довольно часто невротические тики сочетается с невротическим заиканием и энурезом.

Тики обычно возникают по типу непосредственной или несколько отставленной во времени от действия психотравмирующего фактора невротической реакции. В части случаев заболевание ограничивается относительно непродолжительной (до 3-4 недель) невротической реакцией в форме того или иного локализованного тика. Однако чаще такая реакция фиксируется, появляется тенденция к возникновению тиков иной локализации, присоединяются другие невротические проявления: неустойчивость настроения, плаксивость, раздражительность, эпизодические страхи, нарушения сна, астенические симптомы. Иными словами, этап невротической реакции сменяется этапом затяжного невротического состояния с ведущим симптомом тиков. Дальнейшее течение заболевания часто имеет рецидивирующий характер. Выздоровление у больных с тиками имеет место в 30%, улучшение – в 36%, а в 34% случаев состояние не меняется или даже ухудшается. Однако показатели исхода тиков могут быть иными при учёте современной клинической дифференциации этих расстройств.

Невротические тики следует дифференцировать с неврозоподобными тиками резидуально-органического происхождения, а также с различными органическими насильственными гиперкинезами. В связи с отсутствием при недифференцированных невротических тиках чувства внутренней несвободы и других переживаний, свойственных навязчивости, а также в связи с определённым значением резидуально-органической «слабости» стриарной системы в их происхождении отграничение этих тиков от резидуально-органических неврозоподобных тиков является трудным. В качестве дополнительных критериев следует использовать свойственные неврозоподобным тикам, но не характерные для невротических тиков стереотипность, монотонность, а также наличие у больных с неврозоподобными тиками проявлений психоорганического синдрома и очаговой неврологической симптоматики.

Различные органические гиперкинезы (хореические, хореоформные и др.) отличаются от невротических тиков своей насильственностью, невозможностью подавить их усилием воли, большим размахом движений, которые захватывают целые группы мышц и не являются столь локализованными, а также лишены компонента целесообразности, защитного характера. Иногда за невротические тики принимают элементарные мышечные подергивания (вздрагивания) при миоклонических пароксизмах у больных эпилепсией.

При их отграничении следует иметь в виду, что миоклонические пароксизмы, как правило, наблюдаются не постоянно, движения при них не носят защитного характера, не могут быть подавлены, нередко сопровождаются той или иной степенью изменения сознания.

Лечение невротических тиков часто представляет трудную задачу. На этапе невротической реакции лечение более эффективно. Нередко тики ликвидируются при изъятии ребёнка из психотравмирующей обстановки, например при помещении его в санаторий. Психотерапевтические мероприятия должны, прежде всего, включать «семейную психотерапию», направленную на устранение или сглаживание тех или иных психотравмирующих моментов и нормализацию воспитательного подхода к ребёнку в семье. Психотерапевтическое значение может иметь создание у ребёнка эмоционально заряженных новых интересов и увлечений (трудовые процессы, хобби, и т.п.). По нашим наблюдениям, особенно эффективны занятия спортом. На этапе невротического состояния, при наличии фиксированных и распространённых тиков у детей школьного возраста могут применяться также гипносуггестия, аутогенная тренировка. Вместе с тем, на этом этапе большое значение приобретает медикаментозная терапия с применением сонапакса, хлорпротиксена, а в более резистентных случаях – галоперидола или рисперидона. Для купирования сопутствующих общевневрологических расстройств, в частности аффективных нарушений, устранения эмоционального напряжения назначают транквилизаторы (адаптол, грандаксин, элениум, седуксен) и другие седативные препараты. Полезно также применение лечебной физкультуры и ритмики, условно-рефлекторные методики («тренировочная терапия») в виде применения постепенно удлиняющихся сознательных задержек тиков с поощрением успешного выполнения задачи.

В профилактике невротических тиков ведущее значение имеет нормализация внутрисемейных отношений, коррекция неправильных методов воспитания, устранение чрезмерно строгих требований к ребёнку.

Патологические привычные действия

К патологическим привычным действиям относят группу специфических для детей и подростков нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий, свойственных в той или иной степени детям раннего возраста. Наиболее распространёнными патологическими привычными действиями являются сосание пальца, кусание ногтей (онихофагия), онанизм (мастурбация). Реже встречаются болезненное стремление выдергивать или выщипывать волосы (трихотилломания) и ритмическое раскачивание головой и туловищем (яктация).

Клинико-нозологическое положение и психопатология данной группы расстройств далеко не ясны. Ряд детских психиатров условно рассматривают их в рамках невротических нарушений. Некоторые патологические привычные действия, например трихотилломанию, нередко относят к проявлениям невроза навязчивых действий, хотя, как указывалось выше, при этой форме часто на первый план выступает патологическое влечение мазохистического характера. В то же время у некоторых детей и подростков с трихотилломанией могут возникать переживания, свойственные больным с навязчивостями. То же относится и к детям с онихофагией.

В отделения Областного детского психоневрологического диспансера (ОДПНД г. Караганда), в числе прочих, обращаются дети и подростки, имеющие жалобы на навязчивые движения мышц лица, шеи, плечевого пояса, а так же покашливание, «хмыкание», произнесение «хрюкающих» звуков. Эти движения носят автоматизированный, привычный характер.

За период с 2009 по 2014 гг. дети с такими проблемами наблюдались в группах, сформированных для определения эффективного лечения. Они госпитализировались, согласно специфике, в разные отделения. В отделение пограничных состояний госпитализировались дети, имеющие жалобы невротического уровня, пережившие психологические травмы, длительные стрессовые ситуации, имеющие органические поражения центральной нервной системы (ЦНС) в раннем детстве. В диагностическое отделение поступали дети, имеющие снижение уровня интеллектуального развития или какие-либо дополнительные симптомы.

Всего за период с 2009 по 2014 г. по поводу навязчивых движений пролечено 84 ребёнка и подростков (из них 70 мальчиков и 14 девочек), возрастной диапазон от 4 до 17 лет. Преимущественный возраст – 5-11 лет. Все пациенты были разделены на две группы: контрольную и наблюдаемую, по 35 мальчиков и 7 девочек.

Всем пациентам в контрольной группе, наряду с комплексным лечением, психокоррекцией и психотерапией была назначена терапия Мидокалмом в возрастных дозировках, а в наблюдаемой группе – Мидокалм назначен не был.

Мидокалм относится к миорелаксантам центрального действия аминокетоновой группы. Механизм действия связан с регуляцией функции каудальной части ретикулярной формации. При этом угнетается повышенная рефлекторная возбудимость спинного мозга. Также влияет на периферические нервные окончания. Является N-холинолитиком. Толперизон обладает стабилизирующим действием на мембраны в первичных афферентных волокнах и двигательных нейронах, обусловленное влиянием на рефлекторную деятельность спинномозговых синапсов. Вторично замедляет выход медиаторов

вследствие торможения процесса поступления Ca²⁺ в синаптические структуры нервных волокон. Воздействие на ретикулоспинальный путь проявляется в замедлении процессов возбуждения. Также выявляет местно-анестезирующее действие (за счёт содержания лидокаина).

Хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта; максимальная концентрация достигается спустя 0,5-1 час после приёма. Метаболизируется в печени и почках. Метаболиты толперизона экскретируются с мочой.

При проведении повторных курсов лечения препарат не влияет на функцию почек, печени и кроветворение.

Снижает экспериментально вызванные гипертонус мышц и ригидность. Лечебные свойства препарата используются для снижения патологического гипертонуса и ригидности мышц, связанные экстрапирамидными нарушениями. Облегчает совершение произвольных активных движений. Мидокалм не влияет на кору головного мозга, тем самым сохраняя в полном объёме уровень бодрствования. Имеет незначительно выраженный спазмолитический и адреноблокирующий эффекты, за счёт чего улучшается перфузия тканей. При проведении длительных клинических исследований препарат не оказал выраженного влияния на функцию почек и кроветворение.

Способ применения и дозы

Схема применения устанавливается лечащим врачом в зависимости от течения заболевания и переносимости лекарственного средства.

Для взрослых используют суточную дозу в 150-450 мг, разделённую на 3 приёма. Стартовая доза – 50 мг 3 раза в сутки, при недостаточном эффекте её увеличивают. Внутримышечно препарат вводят 200 мг/сутки (в 2 приёма), а внутривенно – 100 мг/с (1 раз в день). Необходимо медленное введение препарата в вену.

Для детей от 3 месяцев до 6 лет мидокалм используют из расчета 5-10 мг/кг/с (3 раза в день). Для детей от 7 до 14 лет препарат рекомендуют внутрь в суточной дозе 2-4 мг/кг/с (3 раза в день).

Принимать мидокалм необходимо с приёмом пищи.

Аспекты безопасности

При индивидуально-повышенной чувствительности – слабость в мышцах, головные боли, диспепсические явления (тошнота, рвота, чувство дискомфорта). При быстром внутривенном введении возможно снижение артериального давления.

При индивидуальной непереносимости – аллергические реакции (зуд, крапивница, болезнь Квинке, анафилактический шок, удушье, эритематозные высыпания).

При уменьшении дозы побочные явления обычно проходят.

Противопоказания:

- при известной аллергии на лидокаин и гиперчувствительности к толперизону гидрохлориду;
- миастения;
- возраст до 3 месяцев – детям до 1 года не применяют таблетированные формы.

Критерии оценки

Отсутствие рецидивов транзиторных тиков, отсутствие побочных проявлений действия препарата.

Пациенты получали лечение в течение 30-35 дней стационарно, затем наблюдались амбулаторно в течение 2-3-х лет. У пациентов из контрольной и наблюдаемой групп из 42 детей у 4-х наблюдались побочные эффекты от приёма Мидокалма – слабость в мышцах, головные боли, диспепсические явления (тошнота, рвота, чувство дискомфорта). У 3-х детей побочное действие оказалось настолько выраженным, что после 15-ти дней терапии пришлось отказаться от Мидокалма.

В катамнезе в течение 1,5-2-х лет после стационарного лечения пациенты из наблюдаемой и контрольной групп прибегали к курсовому приёму транквилизаторов, седативных средств, ноотропов и вазопротекторов. Рецидив транзиторных тиков отмечался у 62 пациентов (21 ребёнок в возрасте от 5 до 8 лет, 22 ребёнка в возрасте от 9 до 13 лет, 19 детей в возрасте от 14 до 17 лет), без значимых гендерных различий. Пациентам в катамнезе более 2-х лет после стационарного лечения приходилось повторно обращаться за помощью, проводить курсы седатиков, психотерапии.

Выводы

Профилактика и терапия транзиторных тиков у детей и подростков с применением препарата Мидокалм оказалась не более эффективной, чем без применения данного препарата.

Значимых изменений лабораторных показателей при лечении Мидокалмом не выявлено.

Список использованной литературы:

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – 1988.
2. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – 1985.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – 1979.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – 1985.
5. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии. – 2007.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – 1994.
7. Петрухин А.С. Детская неврология. – 2012.
8. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – 1997.

УДК 616.89

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НАРКОЛОГИИ

Ж.К. Мусабекова

заместитель директора по научно-исследовательской работе РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем», к.м.н., г. Павлодар

Е.Б. Байкенов

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

Информационные технологии (далее по тексту – ИТ) стремительно шагнули в нашу жизнь, не исключением становится и сфера медицины и здравоохранения [1]. И если до определённого времени распространение данных технологий в области здравоохранения не получала своего развития [2, 3], то на протяжении последних 10 лет отмечается интенсивное её внедрение в сферу медицины [4]. Такие инновационные технологии, как телемедицина, электронные формы заполнения историй болезней, медицинских карт уже стали частью государственных программ [5] и направлены на оптимизацию работы практикующих врачей и повышения качества жизни пациентов. При этом ряд исследований отмечают повышение эффективности внедрения информационных технологий в клиническую практику в виде снижения числа осложнений, более низких показателей смертности и снижения материальных и финансовых затрат [6, 7, 8].

Л.С. Ходасевич [9] указывает, что информационные технологии в медицине направлены на решение двух основных задач: 1) социально-экономических и 2) повышения качества лечебно-диагностического процесса при снижении их стоимости. Как было указано выше, информационные технологии в здравоохранении на начальном этапе получили своё развитие в рамках телемедицины и электронного ведения медицинской документации. Однако значительный научно-технический прогресс, в частности развитие интернет технологий и создание различных «гаджетов»¹ открывает новые перспективы в применении информационных технологий в медицине [10, 11, 12]. Современные корпорации Intel, Microsoft, Apple и Samsung предлагают программы (софт) для пользователей планшетных компьютеров и смартфонов с электронными версиями здоровьесберегающих технологий. Известны программы, которые позволяют контролировать рацион и режим питания, объём ежедневных физических нагрузок и т.д.,

при этом настройки данных программ позволяют пользователю регулировать время и продолжительность проведения каждой процедуры. Уже насчитывается более 50000 подобных мобильных приложений, которые доступны в интернете [13]. I.M. Marks, K. Cavanagh и L. Gega [14] сообщают о 100 различных компьютерных программах для лечения целого ряда психических расстройств и поведенческих проблем. Особое значение использование данных технологий приобретает для людей, не имеющих возможности получить квалифицированную помощь специалистов, например, тем, кто проживает в отдалённых населённых пунктах и т.п. [15].

Можно выделить несколько моделей помощи с использованием информационных технологий.

Во-первых, в зависимости от устройств, которым пользуется получатель услуг. Это может быть компьютер, смартфон с установленным специальным программным обеспечением, либо использование веб-ресурсов.

Во-вторых, в зависимости от содержания программные модули могут включать в себя простые текстовые сообщения до сложных интерактивных программ, предполагающих использование аудио, видеоресурсов, анимации, и других формы мультимедиа.

В-третьих, в зависимости от клинического участия специалиста можно отметить программы, не предполагающие какого-либо участия специалиста и программы, в которых предусмотрено тесное взаимодействие пациента и врача.

Широкое применение информационных технологий отмечается и в наркологической практике [16, 17, 18, 19].

В таблице 1 представлен обзор некоторых компьютерных программ, которые находят своё применение в системе предоставления услуг лицам с проблемами злоупотребления и зависимости от алкоголя, табака и наркотиков. Нужно отметить, что теоретической базой большинства из них являются та-

¹ Гаджет (англ. gadget – штукавина, приспособление, устройство, безделушка) – устройство, предназначенное для облегчения и усовершенствования жизни человека.

Таблица 1

Терапевтические программы, используемые в наркологической практике, основанные на информационных технологиях

Название	Теоретическая база	Авторы	Краткое описание	Целевая возрастная группа
Computer-based Training for Cognitive Behavioral Therapy (CBT4CBT), www.cb4cbt.com	Компьютерный тренинг для КПТ.	Sargoll K.M. et al.	Семь модулей, состоящих из обучающих игр, основанных на ключевых концептах зависимости: влечение, трудности с принятием решения, навыки по принятию решения.	старше 18 лет
Computer-assisted motivational enhancement therapy, cognitive-behavioral therapy and abstinence-based contingency management (cMET/CBT/CM) http://sudtech.org/	Терапия, направленная на повышение мотивации, КПТ и ситуационный менеджмент.	Budney A.J. et al.	Девять сессий с инструкциями по развитию копинг-навыков, повышение обучение и персонализация содержания.	старше 18 лет
Motiv8: Online contingency management for smoking cessation	Ситуационный менеджмент онлайн для прекращения курения.	Dallery J. et al.	Ситуационный менеджмент онлайн для прекращения курения.	(11-17 лет) (18-30 лет) (30+)
Motivational Enhancement System (MES)	Повышение мотивации. Теоретические подходы основаны на Мотивационном интервьюировании (далее МИ) и краткосрочных вмешательствах.	Ondersma S.J. et al.	Краткосрочные программы, целью которых является способствование са-моизменению посредством индивидуальных сессий. Программа состоит из трех компонентов: 1) обратная связь относительно потребления наркотиков, 2) плюсы и минусы потребления и последствий потребления, 3) суммирование и вопросы, касательно интереса пользователя в изменениях.	(18-30 лет) (30+)
Alcohol (MSB: Alcohol)	Теоретические подходы основаны на МИ, скрининге и краткосрочных вмешательствах.	Chiauszi E. et al.	Основанная на мотивационном интервью и теории социального научения программа предлагает оценку риска с предъявлением обратной связи для идентификации потенциальных проблем для студентов колледжей с высоким уровнем потребления алкоголя. Предлагаются социальные нормы потребления и стратегии по снижению алкоголя. Предлагаются социальные нормы потребления и стратегии по снижению алкоголя. Дополнительные возможности включают образовательные статьи, стратегии для развития копинг-навыков, аудио-истории сверстников, профилактическое образование для снижения потребления.	(18-30 лет)
Therapeutic Education System (TES)	Терапевтическая образовательная система (ТОС). Теоретические подходы основаны на идее сообществ и ситуационном менеджменте.	Marsch L.A. et al.	ТОС содержит интерактивные, мультимедиа модули, базирующиеся на принципах КПТ, таких как эффективные стратегии отказа от наркотиков, контроль мыслей о потреблении ПАВ, функциональный анализ, самоконтроль. Также содержит блоки по профилактике ВИЧ, ИППП, гепатитов.	(11-17 лет) (18-30 лет)
Therapeutic Workplace	Терапевтическое рабочее место. Подход основан на поведенческой терапии по усилению занятости с возможностью получать заработную плату в целях поощрения и укрепления воздержания от потребления проблемных веществ.	Silverman K. et al.	Участники обучаются как операторы ввода данных, получая вознаграждение в вачерах, которое зависит от поведения, как трезвость, посещаемость и приверженность лечению. Срывы приводят к отмене доступа к рабочему месту и ограничению в зарплате.	(18-30 лет) (30+)

Drinker's Check-up	Теоретические подходы основаны на МИ и КПТ.	Hester R.K. et al.	Компьютерная программа с возможностью обратной связи по оценке уровня потребления алкоголя, уровня алкоголь-ассоциированных проблем, готовности к изменениям, идентификации готовности к лечению.	(18-30 лет) (30+)
Check Your Drinking	Проверь свою дозу! Теоретические подходы основаны на МИ и КПТ.	Cunningham J.A. et al.	www.alcoholhelpline.net Обратная связь, генерируемая компьютерной программой, которая оценивает демографические характеристики, количество и частоту потребления алкоголя и связанных с ним проблем. Также оценивается количество потраченных денег на приобретение алкоголя, потреблённых калорий, контроль веса как часть образования в отношении потребления алкоголя.	(18-30 лет) (30+)
ModerateDrinking.com and Moderation Management	Теоретические подходы основаны на повышении мотивации и принципах тренинга когнитивно-поведенческих навыков. Для потребителей группы риска, для тех без синдрома зависимости, для снижения уровня проблем, связанных с потреблением алкоголя.	Hester R.K. et al.	Программа-тренинг, которая состоит из 4 основных элементов: постановка цели, самомониторинг, контроль потребления, и оценка прогресса через время. Онлайн поддержка сверстников, руководство для не проблемного потребления алкоголя.	(18-30 лет) (30+)
Reduce Your Use	Сократи потребление. МИ и КПТ.	Rooke S. et al.	Программа состоит из 6 модулей, включающих обратную связь, отношение к потреблению и его последствиям. Постановка цели, навыки для изменения жизненного стиля, профилактика срывов.	(18-30 лет) (30+)
«Show» Control	Контроль «снета» ² МИ, КПТ, профилактика срывов.	Schaub M. et al.	Программа состоит из 4 модулей, направленных на стратегии по достижению целей, идентификации ситуаций риска, работа с влечением, профилактика срыва у потребителей кокаина.	(18-30 лет) (30+)
Overcoming Addictions and SMART Recovery®	Преодоление зависимости и SMART выздоровление.	Hester R.K. et al.	Преодоление наркомании и «умное» выздоровление. Преодоление наркомании является интерактивной онлайн программой, призванной помочь проблемным потребителям наркотиков достичь и поддерживать воздержание. SMART Recovery® (SR) является самопомощью при поддержке восстановления от зависимости, которая включает онлайн-ресурсы и группы поддержки. OA и SR могут быть использованы вместе, по отдельности или в дополнение к другим программам лечения наркомании. Поощряется воздержание от веществ, основанных на тех же четырёх основных понятиях, как выше: 1) повышение и поддержание мотивации; 2) преодоление побуждений; 3) управление мыслями, чувствами и поведением; 4) сбалансированная жизнь. SR способствует восстановлению от различных зависимостей, в том числе веществ, азартных игр и других навязчивых поведений. Она состоит из многочисленных онлайн-инструментов и ресурсов, а также группы поддержки по всей стране.	(18-30 лет) (30+)

² Снет, снежок – сленговое название кокаина.

кие доказательные практики, как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [20, 21, 22], мотивационное интервьюирование (МИ) [23, 24], ситуационное управление [25] и в настоящее время данные виды терапии являются наиболее рекомендуемыми для применения в наркологической практике. Стоит отметить, что создание компьютерных версий программ было инициировано и проводилось с поддержкой таких организаций, как Национальный институт по вопросам злоупотребления наркотиками США (National Institute on Drug Abuse, NIDA) и Администрация Услуг по Злоупотреблению Веществами и Душевному Здоровью США (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMSHA).

В связи с развитием компьютеризированных методов терапии возникает вопрос об их клинической эффективности. Как указывает ряд исследователей, строго контролируемые рандомизированные клинические исследования по-прежнему являются редкими [26, 27, 28, 29, 30]. Однако, в последнее время подобные исследования все же появляются и показывают эффективность использования компьютеризированных методов терапии в отношении потребления алкоголя, курения и других видов зависимости [31, 32, 33, 34].

Использование компьютерных технологий в области лечения психических расстройств имеют ряд положительных сторон, среди которых можно отметить следующие:

- большинство людей сегодня имеют доступ к интернету, и лечение с помощью компьютера может быть доступным в любое время;

- большинство людей, имеющих психические расстройства, часто не желают раскрывать свои симптомы и редко обращаются за помощью [35] и в этом случае использование компьютеризированных программ лечения может выступать в качестве альтернативы;

- использование компьютерных технологий может сократить время пребывания в клинике;

- большим преимуществом при использовании компьютерных средств терапии является возможность сохранения анонимности;

- использование компьютеризированной терапии может компенсировать дефицит специалистов обученных методам лечения основанных на доказательной практике;

- несмотря на то, что разработка компьютерных программ лечения является дорогостоящей процедурой, но в конечном итоге сама терапия является экономически эффективной [36, 37];

- использование компьютерных технологий позволяет делегировать рутинные клинические задачи компьютерной технике, что значительно увеличивает «полезное» время клиницистов [38].

Таким образом, на сегодняшний день в области психологических вмешательств в наркологии отмечается тенденция компьютеризации, при этом интенсификация этих процессов наблюдается за последние несколько лет. Применение компьютерных технологий, с учётом быстрых темпов развития и совершенствования, в наркологии является перспективным направлением, как в исследовательской, так и в практической деятельности.

Список литературы:

1. Романюк А. *Инновационные технологии в здравоохранении [электронный ресурс] // В науке. – Режим доступа: www.vnauke.by/news/Innovacionnye-technologii-v-zdravoohranenii. – Дата доступа: 17 марта 2015 г.*
2. Millenson M.L. *Demanding medical excellence: Doctors and accountability in the information age. – University of Chicago Press, 1997.*
3. Goldsmith J. *How will the Internet change our health system // EC Hein (Ed.), Nursing issues in the 21st century: Perspectives from the literature. – 2001. – P. 295-308.*
4. Murphy S.N. et al. *Current state of information technologies for the clinical research enterprise across academic medical centers // Clinical and translational science. – 2012. – Vol. 5, № 3. – P. 281-284.*
5. *Внедрение ЕНЦЗ направлено на повышение качества медицинских услуг для населения [электронный ресурс]. – Режим доступа: www.online.zakon.kz/Document/?doc_id=31086250. – Дата доступа: 17 марта 2015 г.*
6. Bates D.W. et al. *A proposal for electronic medical records in US primary care // Journal of the American Medical Informatics Association. – 2003. – Vol. 10. – № 1. – P. 1-10.*
7. Amarasingham R. et al. *Clinical information technologies and inpatient outcomes: a multiple hospital study // Archives of Internal Medicine. – 2009. – Vol. 169, № 2. – С. 108-114.*
8. Gagnon M.P. et al. *Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals // Journal of medical systems. – 2012. – Vol. 36. – № 1. – P. 241-277.*
9. *Ходасевич Л.С. Перспективы развития курортной телемедицины [электронный ресурс] // Информационные технологии в медицине. – 2009. – Режим доступа: www.resortsoft.ru/publications/telemedicine.html. – Дата доступа: 16 марта 2015 г.*
10. Reger G.M. et al. *Effectiveness of virtual reality exposure therapy for active duty soldiers in a military mental health clinic // Journal of Traumatic Stress. – 2011. – Vol. 24. – № 1. – P. 93-96.*
11. Luxton D.D., Sirotnin A.P., Mishkind M.C. *Safety of telemental healthcare delivered to clinically unsupervised settings: A systematic review // Telemedicine and e-Health. – 2010. – Vol. 16. – № 6. – P. 705-711.*

-
-
12. Luxton D.D. et al. *Health for mental health: Integrating smartphone technology in behavioral healthcare // Professional Psychology: Research and Practice.* – 2011. – Vol. 42. – № 6. – P. 505.
 13. Ben-Zeev D. et al. *Mobile technologies among people with serious mental illness: opportunities for future services // Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.* – 2013. – Vol. 40. – № 4. – P. 340-343.
 14. Marks I.M., Cavanagh K., Gega L. *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy.* – Psychology Press, 2007.
 15. Aronson I.D., Bania T.C. *Race and emotion in computer-based HIV prevention videos for emergency department patients // AIDS Education and Prevention.* – 2011. – Vol. 23. – № 2. – P. 91-104.
 16. Dallery J., Glenn I.M. *Effects of an internet-based voucher reinforcement program for smoking abstinence: a feasibility study // Journal of Applied Behavior Analysis.* – 2005. – Vol. 38. – № 3. – P. 349-357.
 17. Carroll K.M. et al. *Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT.* – 2008.
 18. Budney A.J. et al. *An initial trial of a computerized behavioral intervention for cannabis use disorder // Drug and alcohol dependence.* – 2011. – Vol. 115. – № 1. – P. 74-79.
 19. Milward J. et al. *Mobile phone ownership, usage and readiness to use by patients in drug treatment // Drug and alcohol dependence.* – 2015. – Vol. 146. – P. 111-115.
 20. Barlow D.H., Levitt J.T., Bufka L.F. *The dissemination of empirically supported treatments: A view to the future // Behaviour Research and Therapy.* – 1999. – Vol. 37. – P. 147-162.
 21. Clark D.M. *Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience // International Review of Psychiatry.* – 2011. – Vol. 23, № 4. – P. 318-327.
 22. Morgenstern J., Longabaugh R. *Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action // Addiction.* – 2000. – Vol. 95, № 10. – P. 1475-1490.
 23. Miller W.R. *Motivational interviewing: research, practice, and puzzles // Addictive behaviors.* – 1996. – Vol. 21. – № 6. – P. 835-842.
 24. Burke B.L. *What can motivational interviewing do for you? // Cognitive and Behavioral Practice.* – 2011. – Vol. 18. – № 1. – P. 74-81.
 25. Rawson R.A. et al. *A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals // Addiction.* – 2006. – Vol. 101, № 2. – P. 267-274.
 26. Kaltenthaler E., Parry G., Beverley C. *Computerized cognitive behaviour therapy: a systematic review // Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* – 2004. – Vol. 32. – № 01. – P. 31-55.
 27. Titov N. *Status of computerized cognitive behavioural therapy for adults // Australasian Psychiatry.* – 2007. – Vol. 41. – № 2. – P. 95-114.
 28. Portnoy D.B. et al. *Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: a meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988–2007 // Preventive medicine.* – 2008. – Vol. 47. – № 1. – P. 3-16.
 29. Marks I., Cavanagh K. *Computer-aided psychological treatments: evolving issues // Annual Review of Clinical Psychology.* – 2009. – Vol. 5. – P. 121-141.
 30. Cuijpers P. et al. *Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review // Cognitive behaviour therapy.* – 2009. – Vol. 38. – № 2. – P. 66-82.
 31. Strecher V.J., Shiffman S., West R. *Randomized controlled trial of a web-based computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy // Addiction.* – 2005. – Vol. 100. – № 5. – P. 682-688.
 32. Dallery J., Glenn I.M., Raiff B.R. *An Internet-based abstinence reinforcement treatment for cigarette smoking // Drug and alcohol dependence.* – 2007. – Vol. 86. – № 2. – P. 230-238.
 33. Bickel W.K. et al. *Computerized behavior therapy for opioid-dependent outpatients: a randomized controlled trial // Experimental and Clinical Psychopharmacology.* – 2008. – Vol. 16. – № 2. – P. 132.
 34. Carroll K.M. et al. *Enduring effects of a computer-assisted training program for cognitive behavioral therapy: a 6-month follow-up of CBT4CBT // Drug and alcohol dependence.* – 2009. – Vol. 100. – № 1. – P. 178-181.
 35. Dain N. *Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry // Psychiatric Services.* – 1994. – Vol. 45. – № 10. – P. 1010-1014.
 36. McCrone P. et al. *Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial // The British Journal of Psychiatry.* – 2004. – Vol. 185. – № 1. – P. 55-62.
 37. Cavanagh K., Shapiro D.A. *Computer treatment for common mental health problems // Journal of clinical psychology.* – 2004. – Vol. 60. – № 3. – P. 239-251.
 38. Wright J.H. et al. *Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time // Computer.* – 2005. – Vol. 162. – № 6.
 39. Turner C.F. et al. *Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology // Science.* – 1998. – Vol. 280. – № 5365. – P. 867-873.
-
-

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СОСТОЯНИЯ НАРКОСИТУАЦИИ И НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОВОРА О КОЛЛЕКТИВНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ (ОДКБ)

Д.Д. Невирко

доктор социологических наук, профессор, Сибирский юридический институт, ФСКН России

Существенное влияние на развитие наркоситуации в зоне действия Организации Договора о коллективной безопасности (далее – ОДКБ) оказывает состояние наркотизации населения и профилактической деятельности в отношении незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов. Как известно, одним из основных показателей наркотизации общества является количество состоящих на учёте потребителей наркотиков, обращающихся в медицинское учреждение. Однако в государствах-членах ОДКБ отсутствует единообразие в учёте этих показателей. Так, могут учитываться: лица, состоящие на учёте и обратившиеся в медицинское учреждение хотя бы раз в год; взятые под наблюдение в течение года потребители, у которых впервые в жизни установлен такой диагноз; снятые с наблюдения в отчётном году в связи с выздоровлением; осуждённые потребители наркотиков и т.д. Как следствие – разрозненные данные затрудняют возможность достоверной оценки состояния наркоситуации в данных государствах.

Представить реальную картину наркоситуации можно путём анализа показателей официальной статистики и результатов научных (социологических и криминологических) исследований. Необходимо отметить, что только в Российской Федерации (РФ) на нормативном уровне регламентируется ежегодное изучение наркоситуации в целом по стране и отдельно по её субъектам [9]. Мониторинг наркоситуации, осуществляемый в целях систематического анализа и прогноза наркоситуации, получения полной информации о динамике её развития, позволяет выработать приоритетные направления государственной политики в области противодействия наркомании в России.

Состояние наркопотребления и поражённость населения в большинстве государств-членов ОДКБ свидетельствует о высокой напряжённости и по ряду показателей имеет тенденцию к дальнейшему осложнению. Согласно данным официальной статистики, наибольшая поражённость населения зарегистрирована в Российской Федерации (0,48%) и Республике Казахстан (0,23%). К государствам со средней степенью поражённости следует отнести Республику Армения (0,14%), Республику Беларусь (0,16%), а также Кыргызскую Республику (0,19%). Минимальная степень официальной поражённости зафиксирована в Республике Таджикистан – 0,09% [12, с. 64].

Намного тревожнее данные неофициальной поражённости населения и наркопотребления в этих странах. Наибольшая поражённость населения констатируется в Российской Федерации – 5,56% от общего числа населения, чуть ниже – в Республике Казахстан (2,91%) и Республике Беларусь (1,33%). Минимальная поражённость – в Республике Армения (0,99%), Кыргызстане (0,45%) и Таджикистане (0,37%) [12, с. 64].

Рост незаконного потребления наркотиков наблюдается в Беларуси и Армении. Относительно стабильны средние показатели наркотизации населения в России и Казахстане. Снижение фиксируется в Таджикистане и Кыргызстане. Данный вывод следует воспринимать с поправкой на высокую степень латентности, поскольку реальные факты немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ не соответствуют действительности и в разы превышают данные официальной статистики.

По мнению генерального секретаря ОДКБ Н. Бордюжи, вопросы профилактики незаконного оборота наркотиков, как элемент сбалансированной антинаркотической политики, без которого невозможно достичь принципиального прогресса в деле борьбы с наркобизнесом, стоят достаточно остро [4, с. 55]. В связи с этим крайне важными являются разработка и совершенствование в государствах-членах ОДКБ единого механизма противодействия наркомании, а также системного подхода к реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц.

Остановимся на некоторых особенностях профилактики наркопотребления в государствах-членах ОДКБ.

В Республике Армения проводится комплекс профилактических мероприятий, направленных на сокращение спроса на психоактивные вещества, в том числе связанных с реабилитацией и ресоциализацией наркозависимых лиц, однако эффективность лечения людей, страдающих от наркотической зависимости, довольно низка по причине того, что в стране нет продолжительной реабилитационной программы. Как правило, это отдельные центры, обычно расположенные далеко от городов, где после лечения наркозависимые лица несколько месяцев с помощью психологов проходят курсы реабилитации. Лечение от наркотической зависимости очень трудно даётся как в психологическом, так и физическом плане. Как поясняет ди-

ректор Наркологического центра Армении, главный нарколог Петрос Семерджян: «Обычно за год в диспансере из зарегистрированных больных лечатся 8-10%. Курс лечение длится от 10 до 50 дней. Из уже вылеченных лиц около 80% вновь возвращаются к «старому делу». Это в первую очередь обусловлено тем, что люди после лечения возвращаются к прежнему окружению со своими проблемами. Поэтому у нас есть необходимость в реабилитационных центрах, что очень затратное дело. В вопросе лечения наркоманов Армения, как и большинство стран мира, идёт по пути минимизации ущерба и принудительное лечение не практикуется. Страна избрала путь не принуждать людей к чему-то до тех пор, пока они не совершили преступления» [2].

В Республике Беларусь для создания эффективной системы профилактики наркотической зависимости усилено взаимодействие органов внутренних дел, здравоохранения и образования. В целях противодействия распространению и употреблению наркотических средств среди учащихся по инициативе Управления по наркоконтролю и противодействию торговле людьми разработан и утверждён комплекс совместных профилактических мероприятий [6].

Для усиления межведомственного сотрудничества решено создать Межведомственную антинаркотическую комиссию на базе трёх ведомств: Государственного комитета судебных экспертиз, Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения. Создание межведомственной антинаркотической комиссии позволит отслеживать и запрещать оборот новых психоактивных веществ в считанные дни с момента их первого изъятия. Решением этой комиссии любое вещество может быть запрещено исходя из того, что оно имеет психоактивный эффект и является опасным для здоровья. Правоохранители рассчитывают на то, что попытка распространения запрещённых веществ станет для наркобизнеса слишком опасной, а значит невыгодной на территории страны [13].

В Беларуси для лечения больных наркоманией можно применять лекарственные наркотические средства [15], в том числе проводится опиоидная заместительная поддерживающая терапия (ЗМТ). По окончании курса ЗМТ пациент имеет возможность пройти курс детоксикации и включиться в реабилитацию [17].

В 2013 г. в рамках специальных программ в Беларуси проведено 6031 профилактическое мероприятие по правовой тематике среди населения, подготовлены 849 публикаций и выступлений в средствах массовой информации (СМИ). Инициировано внесение в законодательство страны дополнений и изменений, предусматривающих применение судами мер медицинского характера в качестве альтернативы наказанию, связанному с лише-

нием свободы, для лиц, страдающих наркозависимостью, за впервые совершённые менее тяжкие преступления, с направлением их в специализированные учреждения для лечения и реабилитации. Кроме этого предлагается «условное неприменение наказания» при наличии оснований, предусмотренных частью 1 ст. 78 Уголовного кодекса Республики Беларусь, к лицу, страдающему наркоманией, при условии его согласия на прохождение курса лечения от наркозависимости и последующей реабилитации [6].

В республике созданы центры духовно-нравственной, социальной реабилитации и ресоциализации для лиц, страдающих наркотической зависимостью. Осуществляется содействие устойчивому поведению белорусской молодёжи путём снижения предложения наркотиков и спроса на них.

В настоящее время активно обсуждается предложение Министерства внутренних дел Беларуси о необходимости блокировать сайты, через которые продаются наркотики. Реализация данного предложения позволит эффективно противодействовать предложению наркотиков и спросу на них [14].

В настоящее время в Республике Казахстан (РК) действуют Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2006-2014 годы [22] и Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2012-2016 годы [19], основополагающей задачей которых является совершенствование системы профилактики, лечения наркомании и развитие системы реабилитации наркозависимых лиц. Результатом действия указанных нормативных правовых актов стала не только стабилизация, но и сокращение количества наркозависимых граждан Казахстана (впервые за 6 лет их количество снизилось на 26% – с 55,2 до 40,8 тыс.) [21].

Мероприятия по профилактике наркомании в Казахстане ориентированы на все категории населения, в первую очередь на детей, подростков и молодёжь, находящуюся в неблагоприятных семейных, социальных условиях, в трудной жизненной ситуации, а также на лиц групп повышенного риска. Для усиления межведомственного взаимодействия государственных органов, а также укрепления сотрудничества с неправительственными организациями в области профилактики наркомании в рамках МВД Республики Казахстан действует Комитет по борьбе с наркобизнесом. В формировании системы профилактики немедицинского потребления наркотиков участвуют все органы государственной власти, учреждения образования, различные общественные и религиозные организации. При проведении профилактики отдаётся предпочтение профессионально разработанным программам и мероприятиям, направленным на лиц из групп повышенного риска, преследующим цель обучения детей и подростков отказу от первой пробы наркотиков [19].

Для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) проводится амбулаторная и стационарная дезинтоксикация, программы медико-социальной реабилитации (МСР), обмен и предоставление шприцев, предоставляется заместительная поддерживающая терапия, осуществляют работу группы взаимопомощи «Анонимные наркоманы» [8].

В Казахстане активно проводится антинаркотическая пропаганда, направленная на формирование негативного отношения к употреблению психоактивных веществ, инициируется деятельность по созданию волонтерской сети по профилактике наркомании среди молодежи.

В целях совершенствования и укрепления законодательной базы, регулирующей деятельность в сфере профилактики наркомании, утверждён обновлённый стандарт организации наркологической помощи, разработан и принят нормативный правовой акт [19], регламентирующий проведение медико-социальной реабилитации, как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях.

Для снижения латентной составляющей наркомании в республике ведётся работа по совершенствованию организации системы наркологического учёта, а именно по созданию информационно-учётной и мониторинговой системы, отражающей реальную картину наркоситуации в Республике Казахстан.

В Кыргызской Республике в целях профилактики наркозависимости действует Государственный координационный комитет по контролю наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров [20] (далее – Комитет), который является координационным совещательным органом, призванным на общественных началах осуществлять координацию и оптимизацию деятельности органов исполнительной власти, местных государственных администраций и органов местного самоуправления по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Основной задачей Комитета является разработка мер по профилактике незаконного оборота наркотиков, повышению эффективности реализации целевых программ в этой области, а также по противодействию наркомании и незаконному распространению наркотиков. Исполнительным органом Комитета, обеспечивающим его работу, включая вопросы организации и проведения заседаний, является Государственная служба по контролю наркотиков при Правительстве Кыргызской Республики.

Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 27 января 2014 г. № 54 утверждена Антинаркотическая программа Правительства Кыр-

гызской Республики [1], целью которой являются снижение объёмов незаконного оборота наркотиков, уровня наркозависимости населения и связанных с ней негативных последствий. Средствами достижения цели выступает первичная, вторичная и третичная профилактика. В рамках наркопрофилактики в Кыргызстане ежегодно проводятся информационно-образовательные мероприятия для населения, в средствах массовой информации публикуются соответствующие материалы. В 2012 г. организована медиа-кампания на тему «Ближе к друг другу – дальше от наркотиков» с упором на развитие семейных ценностей [1].

Для улучшения системы оказания лечебно-реабилитационной помощи лицам с наркотической зависимостью в республике последовательно проводятся программы детоксификации (лечение синдрома отмены), опиоидная заместительная терапия, программы медико-психологической реабилитации, эффективность которых подтверждается снижением частоты потребления нелегальных опиатов, уровня криминальной деятельности и поведения, связанного с риском заражения ВИЧ/СПИД, а также улучшение состояния здоровья и ресоциализации пациентов [1].

Программы медико-психологической реабилитации реализуются как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, однако полноценных реабилитационных центров в системе Министерства здравоохранения Кыргызстана пока не имеется. Амбулаторные программы ориентированы, главным образом, на мотивирование получения и продолжения лечения, а также профилактику рецидивов. Критериями приёма в программу реабилитации является предварительное прохождение детокс-терапии и высокий уровень мотивации пациента на лечение [1].

В Российской Федерации одним из действенных элементов профилактики наркомании предполагается реализация Государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» (далее – Программа) (проект Программы рассмотрен и одобрен на заседании Государственного антинаркотического комитета 28 июня 2013 г., в настоящее время проходит согласование в федеральных органах исполнительной власти Российской Федерации). Программа рассчитана на период до 2020 года, её задачей является увеличение числа включённых в эффективные программы комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей до 150 тыс. человек ежегодно (в настоящее время данный показатель составляет менее 25 тыс. человек) и повышение эффективности освобождения от

наркотической зависимости как минимум до 30% стойкой длительной ремиссии (в настоящее время – менее 3%). Программа станет эффективным инструментом по снижению спроса на наркотики и позволит кардинально переломить наркоситуацию в стране. Кроме того, ожидается, что вовлечение наркопотребителей в программы по освобождению от наркотической зависимости позволит также снизить число корыстно-насильственных преступлений и преступлений, совершённых наркопотребителями в целях приобретения очередной дозы наркотика [5].

Профилактика наркомании в России проводится на нескольких уровнях. Антинаркотическая пропаганда в обществе и первичная профилактика, включающая выявление факторов риска, обучающие программы в организованных коллективах. Вторичная профилактика связана с ранним выявлением наркопотребления и вмешательством в группы риска, где возможно потребление психоактивных веществ. В рамках третичной профилактики проводится лечебно-реабилитационная программа, включающая детоксикацию, лечение психопатологических расстройств, психотерапию и коррекцию личностных расстройств, реабилитацию и формирование лечебной субкультуры как антитезы наркотической субкультуры [10]. В Российской Федерации заместительная поддерживающая терапия к наркозависимым лицам не применяется.

На важности реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц акцентировал внимание директор ФСКН России В.П. Иванов: «Пришла пора переходить всем к подлинной работе, тяжелой индустрии по «выниманию» наркопотребителей из социума и возвращению их в подлинный социум. И здесь необходимо сражаться за каждого наркопотребителя, в том числе еще и не т.н. больного, мотивировать и направлять на реабилитацию» [3, с. 9].

Сегодня одним из наиболее действенных профилактических инструментов, направленных на сокращение масштабов наркопотребления и устранение причин и условий совершения правонарушений, является административная практика в сфере незаконного оборота наркотиков. По данным статистической отчетности, в 2013 г. правоохранительными органами составлены протоколы об административных правонарушениях в отношении 135976 физических лиц, из них около 90% – лица, совершившие правонарушения, связанные с потреблением наркотиков. При этом незначительная часть указанного контингента наркопотребителей попадает в поле зрения органов здравоохранения, что фактически оставляет их основную часть без должного внимания [5].

Сложившаяся ситуация требует принятия комплекса мер, в том числе нормативно-правового характера, направленных на создание условий для вовлечения максимально возможного количества наркопотребителей в мероприятия по лечению и реабилитации.

Так, с 1 июня 2014 г. вступил в силу принятый по инициативе ФСКН России Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», которым вводится административная ответственность за уклонение от прохождения диагностики, профилактических мероприятий, лечения от наркомании и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (статья 6.9.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях).

Таким образом, в основе российской антинаркотической модели лежит комплекс мер, направленных на побуждение наркопотребителя к отказу от приема психоактивных веществ и прохождения курса комплексной реабилитации и ресоциализации.

В Республике Таджикистан в целях предотвращения наркомании и наркопреступности реализуется комплекс конкретных государственных мер, связанных с принятием соответствующих нормативно-правовых актов. Так, дальнейшее развитие наркологической службы и её взаимодействие с другими государственными органами, общественными организациями осуществляется в соответствии с «Национальной программой предотвращения распространения наркомании и усовершенствования наркологической помощи на 2013-2017 гг.» и «Национальной стратегией по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на 2013-2020 гг.».

Проводится переоснащение материально-технической базы наркологических центров, внедряются современные технологии и новые стандарты диагностики, лечения и оказания практической помощи наркозависимым лицам. Одним из методов лечения в Таджикистане является программа опиоидной заместительной терапии в совокупности с морально-социальной поддержкой, оказываемой наркозависимым лицам [18]. Для реализации профилактических программ в республике создан Координационный совет по профилактике злоупотребления наркотиками под председательством Премьер-министра Республики Таджикистан. В своей деятельности совет широко использует мониторинг наркоситуации для профилактики наркозависимо-

сти и контроля выполнения национальных антинаркотических программ.

Важная роль в профилактической работе отводится семье, образовательным учреждениям, родительским комитетам, волонтерам и общественным активистам. Деятельность негосударственных общественных организаций в Таджикистане в сфере профилактики наркомании способствует улучшению доступа целевых групп к медико-социальным услугам и информированности о них, тем самым повышая эффективность реализации государственных программ снижения вреда от употребления наркотиков в стране.

Таким образом, в государствах-членах ОДКБ существуют разные подходы к профилактике наркотизма, различны формы и методы реабилитации и ресоциализации наркозависимых. В каждой стране имеется как положительный опыт по улучшению наркоситуации в обществе, так и проблемы, которые в «одиночку» решить невозможно. Поэтому сегодня очень актуальными становятся вопросы разработки единой антинаркотической политики, системного подхода к формам и методам международного сотрудничества в профилактике наркозависимых лиц, взаимодействие отдельных государств в борьбе с наркопреступностью, а также взаимодействие между правоохранительными органами и наркологическими службами в государствах-членах ОДКБ по вопросам реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц. Поэтому необходима разработка и совершенствование в зоне действия ОДКБ, с учётом национальных особенностей, еди-

ного механизма реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц [11, с. 23-24]. За основу можно принять разработанный ФСКН России проект Концепции создания Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотических средств и психотропных веществ [7]. Эта концепция содержит, на наш взгляд, ряд обоснованных мероприятий организационного, информационного, медико-психологического, экспериментального характера [11, с. 23-24], сформулированных в ряде направлений: выявление, мотивирование и включение потребителей наркотиков в программы комплексной реабилитации и ресоциализации; организация медицинской помощи лицам, страдающим психическими расстройствами вследствие употребления наркотических веществ, проходящим комплексную реабилитацию и ресоциализацию; создание инфраструктуры национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков; организация системы ресоциализации и постреабилитационного социального патроната; научно-методическое, кадровое и правовое обеспечение Национальной системы; осуществление мониторинга и оценка эффективности реализации Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотических средств и психотропных веществ. Реализация указанных направлений, несомненно, будет способствовать оптимизации работы по реабилитации и ресоциализации наркозависимых, как в каждом отдельном государстве зоны действия ОДКБ, так и в целом в регионе.

Список использованной литературы:

1. *Антинаркотическая программа Правительства Кыргызской Республики: утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 27.01.2014 № 54.* – URL: http://www.gskn.kg/index.php?option=com_content&view=article&id=270:press-reliz-gskn-kr-ot-28-02-2014-goda&catid=19&lang=ru.
2. *Армения: 13 тысяч наркоманов и 20-процентный успех лечения* // *Новости.* – URL: <http://news.rambler.ru/18434907/>
3. *В будущее с надеждой: выступления директора ФСКН России В.П. Иванова (январь-февраль 2014 г.).* – М., 2014.
4. *Выступление генерального секретаря ОДКБ Н. Бордюжи* // «Мир против наркотиков»: сборник материалов юбилейной XXX международной Конференции правоохранительных органов по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, 5-7 июня 2013 г., – Москва, 2013.
5. *Информационно-аналитическая справка о наркоситуации в Российской Федерации и результатах борьбы с незаконным оборотом наркотиков в 2013 году.* – URL: <http://www.fskn.gov.ru/pages/main/prevent/3939/4052/index.shtml>
6. *Информационно-аналитический обзор криминогенной ситуации и состояния работы в сфере наркоконтроля в Республике Беларусь в 2013 году.* – URL: <http://mvd.gov.by/ru/main.aspx?guid=179193>.
7. *Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ: проект Государственной межведомственной программы: одобрен на заседании Государственного антинаркотического комитета 28 июня 2013 г., проходит согласование в федеральных органах исполнительной власти Российской Федерации.*

8. Мальчиков, В.С. Место заместительной поддерживающей терапии в наркологической помощи в Республике Казахстан / В.С. Мальчиков // Интеграция службы психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь: материалы IV Съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов, г. Астана, 21-22 августа 2014 г.

9. Методика и порядок осуществления мониторинга, а также критерии оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и её субъектах: утверждены п. 2.1. протоколом заседания государственного антинаркотического комитета № 14 от 21 декабря 2011 г. – URL: sfo.fskn.gov.ru/files/flib/1496.doc

10. Модернизация наркологической службы Министерства здравоохранения России: доклад главного нарколога Министерства здравоохранения Российской Федерации, директора Московского научно-практического центра наркологии Е.А. Брюна на IV Съезде психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов «Интеграция службы психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь», г. Астана, 21-22 августа 2014 г.

11. Невирко, Д.Д. Состояние наркоситуации в государствах-членах Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ) и приоритетные направления противодействия наркопреступности / Д.Д. Невирко // Актуальные проблемы профилактики наркомании и противодействия правонарушениям в сфере легального и незаконного оборота наркотиков: национальный и международный уровни: материалы XVII международной научно-практической конференции (17-18 апреля 2014 г.): в 2 ч. / отв. ред. И.А. Медведев; СибЮИ ФСКН России. – Красноярск: СибЮИ ФСКН России, 2014. – Ч. 1.

12. Невирко, Д.Д. Состояние, тенденции и прогноз наркоситуации в государствах-членах Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ) // Вестник Сибирского юридического института ФСКН России. – 2014. – № 2.

13. Новости 16 апреля 2014 г.: Создание межведомственной антинаркотической комиссии позволит запрещать оборот новых наркотиков в считанные дни. – URL: <http://mvd.gov.by/ru/main.aspx?guid=2111>.

14. Новости 21 марта 2014 г.: МВД Беларуси предлагает блокировать сайты, через которые торгуют наркотиками. – URL: <http://mvd.gov.by/ru/main.aspx?guid=2111>.

15. О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах: Закон Республики Беларусь от 13.06.2012 № 408-3, ст. 18.

16. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков»: распоряжение Правительства РФ от 04.03.2013 № 294-р.

17. Обзор наркологической ситуации в Республике Беларусь: доклад главного нарколога Министерства здравоохранения Республики Беларусь И. Коноразова на IV Съезде психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов «Интеграция службы психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь», г. Астана, 21-22 августа 2014 г.

18. Обзор наркоситуации в Республике Таджикистан за 2013 год. – Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан, 2013.

19. Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012-2016 годы: утв. постановлением Правительства Республики Казахстан от 12.04.2012 № 451. – URL: http://mvd.gov.kz/portal/page/portal/kbn/kbn_page/mvd_kbn_norm/kbn_norm_Prog/2012-2016B4.doc.

20. Положение о Государственном координационном комитете по контролю наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров: утверждено постановлением Правительства Кыргызской Республики от 20.10.2011 № 654 «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров». – URL: <http://www.gskn.kg>.

21. Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства: Послание Президента Республики Казахстан – Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана. – URL: http://www.akorda.kz/ru/page/page_kazakstan-respublikasynyn-prezidenti-%E2%80%93-elbasy-n-a-nazarbaevtyyn-

22. Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы: утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29.11.2005 № 1678. – URL: http://mvd.gov.kz/portal/page/portal/mvd/kbn_page/mvd_kbn_norm/mvd_kbn_norm_ukaz/kbn_0045_.htm

О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 «Об утверждении Правил учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией»

В соответствии со статьей 134 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 «Об утверждении Правил учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан 3 декабря 2009 года под № 5954, опубликованный в Бюллетене нормативных правовых актов Республики Казахстан, январь 2010 г., № 1, ст. 366) следующие изменения:

Наименование изложить в следующей редакции:

«Об утверждении Правил учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными зависимостью от психоактивных веществ или пагубным употреблением психоактивных веществ»;

пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Утвердить прилагаемые Правила учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными зависимостью от психоактивных веществ или пагубным употреблением психоактивных веществ»;

Правила учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными зависимостью от психоактивных веществ или пагубным употреблением психоактив-

ных веществ, утверждённые указанным приказом изложить в новой редакции, согласно приложению к настоящему приказу.

2. Департаменту организации медицинской помощи (Кулкаева Г.У.) обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в средствах массовой информации и информационно-правовой системе «Әділет»;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официальной публикации.

**Министр здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан**

Т. Дуйсенова

Приложение
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от _____ 2015 года № _____

Правила

учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными зависимостью от психоактивных веществ или пагубным употреблением психоактивных веществ

1. Общая часть

1. Настоящие Правила разработаны в целях повышения эффективности деятельности системы наркологической помощи Республики Казахстан в области диагностики, лечения и реабилитации больных с зависимостью или пагубным употреблением психоактивных веществ и профилактики наркозависимости.

2. В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

1) психоактивные вещества – вещества синтетического или природного происхождения, которые при однократном приёме оказывают воздействие на психические и физические функции, поведение человека, а при длительном употреблении вызывают психическую и физическую зависимость. В соот-

ветствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра, к ним относятся: алкоголь, опиоиды, каннабиноиды, седативные или снотворные вещества, кокаин, другие стимуляторы, в том числе кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители;

2) пагубное употребление – употребление психоактивных веществ (далее – ПАВ), приносящее описанный ущерб физическому или психическому/психологическому здоровью, при этом характер употребления должен сохраняться на протяжении одного месяца или периодически в предыдущие 12 месяцев;

3) зависимость от ПАВ – комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который возникает после повторного использования ПАВ и обычно включает сильное желание принять его, трудности в контроле его употребления, упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия, предпочтение употребления ПАВ в ущерб другим видам деятельности и выполнения обязанностей, возрастание допустимых пределов употребления и состояние отмены;

4) наркологический учёт – статистический учёт всех больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ по какому-либо поводу обратившихся за медицинской помощью;

5) диспансерное наблюдение – наблюдение за больными с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ с клиническими признаками зависимости от ПАВ, осуществляемое после получения информированного согласия больного;

6) профилактическое наблюдение – наблюдение за больными, употребляющими ПАВ с пагубными последствиями без клинических признаков зависимости от ПАВ, осуществляемое после получения информированного согласия больного;

7) анонимное лечение – лечение больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ с клиническими признаками зависимости от ПАВ и больными, употребляющими ПАВ с пагубными последствиями без клинических признаков зависимости от ПАВ, осуществляемое после получения информированного согласия больного по регистрационному медицинскому коду;

8) информированное согласие – это документ, подробно оговаривающий все аспекты диагностики, лечения и наблюдения, который подписывается больным и гарантирует добровольное согласие больного на получение медицинской наркологической помощи.

3. Наркологический учёт и наблюдение (диспансерное и профилактическое) больных с зависимостью от ПАВ и с пагубным употреблением ПАВ осуществляется в наркологических организациях.

4. Диагноз психического и поведенческого расстройства вследствие употребления ПАВ (далее –

наркологическое заболевание) устанавливается как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, только врачом-наркологом, врачебно-консультативной комиссией (далее – ВКК) или судебно-наркологическим экспертом в соответствии с принципами деонтологии, в строгом соблюдении нормативных правовых актов Республики Казахстан в сфере здравоохранения. Диагноз наркологического заболевания устанавливается также при обследовании и лечении в психиатрических (психоневрологических) организациях, однако, окончательное решение вопроса о необходимости диспансерного наблюдения (профилактического наблюдения) в данных случаях принимается врачами-наркологами по месту жительства больного.

Лица, в течение 12 месяцев двукратно помещённые в Центры временной адаптации и детоксикации (далее – ЦВАД), госпитализированные в другие медицинские организации по поводу отравления ПАВ, получившие скорую помощь по поводу отравления ПАВ на дому, давшие положительный результат при медицинском осмотре при лабораторном исследовании на наличие ПАВ в биологических жидкостях, подлежат наркологическому освидетельствованию для установления диагноза наркологического заболевания в соответствии с Правилами признания лица больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, утверждёнными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 декабря 2009 года № 808 врачом-наркологом с внесением результатов освидетельствования в амбулаторную карту или во вкладной лист к амбулаторной карте (приложение 3 к настоящим Правилам). После установления диагноза больные ставятся на наркологический учёт и при, получении информированного согласия, берутся на диспансерное или профилактическое наблюдение.

Врачам-наркологам ЦВАД и кабинетов медицинского освидетельствования на лиц, 2-кратно помещавшихся в ЦВАД в течение года, а также прошедших медицинское освидетельствование и находившихся в состоянии алкогольного и наркотического опьянения при управлении автотранспортным средством, заполнять вкладной лист к амбулаторной карте наркологического больного с установлением им наркологического диагноза и передавать их врачам-наркологам по месту жительства для решения вопроса дальнейшего диспансерного и профилактического наблюдения. Врачам-наркологам кабинетов медицинского осмотра при обнаружении употребления ПАВ в результате лабораторного исследования направлять данных лиц к наркологу на дообследование для установления или исключения наркологического диагноза.

5. Наркологическому учёту, диспансерному и профилактическому наблюдению (при получении информированного согласия) в амбулаторных медицинских организациях, оказывающих наркологи-

ческую помощь (далее – наркологические организации) подлежат больные с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, которым установлены диагнозы врачом-наркологом, ВКК или специальной медицинской комиссией для производства судебно-наркологических экспертиз.

6. На всех больных заполняется медицинская карта амбулаторного больного, а на больных, взятых на диспансерное и профилактическое наблюдение, – контрольная карта диспансерного наблюдения.

7. При установлении диагноза наркологического заболевания вследствие употребления ПАВ больным разъясняются медико-социально-правовые аспекты, связанные с наличием наркологических заболеваний (ограничения на определённые виды трудовой деятельности, управление транспортными средствами, а также на получение разрешения на приобретение и пользование оружием). Лица, отказавшиеся от диспансерного и профилактического наркологического наблюдения, остаются на наркологическом учёте неограниченно долго, т.к. у наркологической организации не будет оснований для снятия с наркологического учёта (см. пункт 10 Правил).

2. Порядок наркологического учёта, диспансерного и профилактического наблюдения больных в наркологических организациях

8. На наркологический учёт (профилактический и диспансерный) ставятся все больные с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ с клиническими признаками зависимости от ПАВ и с пагубным потреблением ПАВ, которым установлен диагноз в соответствии с Правилами признания лица, больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 декабря 2009 года № 808.

9. Диспансерное и профилактическое наблюдение является одним из видов оказания медицинской помощи – специализированной помощью – и должна предоставляться после получения письменного добровольного согласия больного (п. 3 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

За время диспансерного наблюдения больные получают специализированную помощь, обеспечивающую состояние длительной ремиссии.

Больные с пагубным употреблением ПАВ за время профилактического наблюдения с их информированного согласия получают соответствующий комплекс медикаментозной и психокоррекционной помощи, препятствующей развитию зависимости от ПАВ.

10. В случае выполнения больным всех назначений лечащего врача, соблюдения сроков лечения в

наркологических организациях и наступления после лечения стойкой, объективно подтверждённой ремиссии, устанавливаются следующие сроки диспансерного наблюдения и учёта:

1) больных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя – 3 года;

2) больных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления других ПАВ (кроме алкоголя) – 5 лет.

11. Срок профилактического наблюдения за больными с пагубным употреблением ПАВ – 1 год.

Медицинскую помощь больные в процессе профилактического наблюдения получают в амбулаторных условиях.

12. Снятие с диспансерного и профилактического наблюдения и учёта производится по следующим основаниям:

1) стойкая ремиссия, подтверждённая обязательным диспансерным наблюдением у врача-нарколога в соответствии со сроками наблюдения;

2) истечения срока профилактического наблюдения и выздоровление больного с пагубным потреблением ПАВ;

3) изменение постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой наркологической организацией территории с передачей на наркологический учёт и на диспансерное/профилактическое наблюдение в другую наркологическую организацию путём направления документов больного в региональную наркологическую организацию по месту нового жительства (если место нового места жительства известно) в соответствии с приложением 2 к настоящим Правилам;

4) когда наркологическая организация не может в течение 1 года обеспечить осмотр больного, несмотря на все принятые меры (в том числе обращения в органы внутренних дел в органы юстиции 1 раз в квартал), при отсутствии объективных сведений о его месте нахождения, – больной снимается с наблюдения. Решение о снятии с наблюдения в этих случаях выносит ВКК той организации, где наблюдался больной;

5) осуждение, связанное с лишением свободы на срок свыше 3 лет (снятие производить в течение 3-х месяцев после получения ответа на запрос с ЦПСИ);

6) в связи со смертью (снятие производить в течение 3-х месяцев после получения ответов из ЗАГСа или ЦОНа).

Кроме выше перечисленных оснований, в процессе статистического наркологического учёта предусмотрены следующие основания для снятия с учёта без изменений итоговых статистических данных:

1) снятие с учёта по поводу изменения или уточнения диагноза по данной нозологии с взятием на учёт по уточнённой нозологии;

2) снятие в связи с переходом в другую возрастную группу (например, из возраста «дети» в воз-

раст «подростки») с одновременным взятием на наркологический учёт по новой возрастной группе.

13. Снятие с наблюдения и учёта в связи со стойкой ремиссией (по выздоровлению) производится на основании заключения ВКК организации, в которой наблюдается больной. В остальных случаях заключение о снятии с наблюдения и учёта составляется лечащим врачом на основании официальных сообщений соответствующих органов или организаций, при этом заключение о снятии подписывается председателем ВКК или заместителем главного врача наркологической организации, в которой наблюдался больной.

14. Основанием для прекращения профилактического наблюдения является прекращение в течение года потребления ПАВ в немедицинских целях.

3. Периодичность осмотров наркологических больных и лиц группы риска в процессе диспансерного учёта и профилактического наблюдения

15. Осмотры больных и лиц группы риска необходимы для осуществления контроля состояния больных в процессе профилактических мероприятий, динамического наблюдения и проведения лечения. При этом врач-нарколог, медицинская сестра, фельдшер наркологического пункта, фельдшер (медицинская сестра) социальной помощи осматривает больного, обеспечивает медицинское обследование, назначает медикаментозные средства и осуществляет другие терапевтические вмешательства.

16. Больные, взятые под диспансерное наблюдение, включаются в одну из трёх групп наблюдения:

- 1) первая группа:
 - больные, обратившиеся за медицинской помощью впервые;
 - больные, у которых заболевание протекает практически без ремиссий (длительность ремиссии менее 1 года);
 - больные, выписанные из специализированных учреждений по окончании принудительного лечения;
 - больные, освобождённые из исправительных учреждений, где к ним применялись принудительные меры медицинского характера. При наличии документов из исправительных учреждений о воздержании от употребления алкоголя более одного или более двух лет возможен их перевод соответственно во 2 или 3 группу диспансерного наблюдения;
- 2) вторая группа – больные с ремиссией от 1 года до 2-х лет;
- 3) третья группа – больные с ремиссией свыше 2-х лет;
- 4) четвёртая группа – больные с зависимостью от других ПАВ (кроме алкоголя) с ремиссией свыше 3 лет.

Частота осмотров больных первой группы составляет, в среднем, не реже 1 раза в 3 месяца (вне

пребывания больного в стационаре), второй группы – 1 раз в 4 месяца, третьей группы и четвёртой группы – не реже 1 раза в 6 месяцев. При каждом осмотре проводится контроль трезвости.

17. Больные с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя) включаются в одну из четырех групп диспансерного наблюдения. В первые, вторые и третьи группы больные распределяются в порядке, определенном для больных с зависимостью от алкоголя с соответствующим числом осмотров. При каждом осмотре проводится контроль трезвости.

18. Число осмотров, приходящиеся на каждого конкретного больного в течение 1 года, зависит от группы диспансерного наблюдения, в которую больной входит, а также – от индивидуальных особенностей личности и течения заболевания.

19. Больные с пагубным употреблением ПАВ составляют группу профилактического наблюдения.

Частота осмотров больных в возрасте старше 18 лет, находящихся под профилактическим наблюдением, устанавливается 1 раз в 6 месяцев с проведением обязательного исследования биологических жидкостей на ПАВ.

Частота осмотров несовершеннолетних больных, находящихся под профилактическим наблюдением, – не реже 1 раза в 3 месяца.

20. Рекомендуемая частота осмотров варьирует во всех группах профилактического наблюдения в зависимости от структуры контингента и в порядке дифференцированного подхода к больному.

21. Предлагаемое разделение контингентов наблюдаемых больных на группы не исключает образования подгрупп, использования цветной маркировки и других способов, применяемых для удобства работы с документацией.

4. Порядок госпитализации, условия содержания, лечения и выписки наркологических больных из отделений (центров) наркологических организаций

22. Госпитализация больных в плановом порядке в наркологические организации осуществляется в соответствии с Инструкцией по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации, утверждённой приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 (далее – Инструкция).

23. При поступлении в наркологическую организацию больному предоставляется информация:

- 1) о наркологическом заболевании, его биологических, личностных (психологических) и социальных последствиях, о состоянии его здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях отказа

от лечения, о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для больного форме;

2) о возможностях системы наркологической помощи в преодолении зависимости от ПАВ, в частности о полном ассортименте услуг, видах наркологической помощи, лечебных, реабилитационных программах, реализуемых в регионе проживания и по стране в целом.

24. Стационарное лечение больных, страдающих психическими поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, состоит из трёх этапов: этап медикаментозной коррекции, этап психотерапии и реабилитации и этап социальной реабилитации.

25. Больному разъясняется обязательные условия режима пребывания в наркологической организации, необходимость соблюдения порядка лечения.

26. При первичном поступлении на этап медикаментозной коррекции больной проходит собеседование с врачом-наркологом в приемном покое, который определяет психофизическое состояние больного и составляет план медицинской коррекции, методик психотерапии, план обследования и осмотров врачами узких специальностей согласно периодическим протоколам диагностики и лечения. Здесь же оформляется информированное согласие больного на получение медицинской помощи. При переводе на второй и третий этапы лечения больной дополнительно осматривается врачебно-консультативной комиссией наркологической организации, которая выносит соответствующие рекомендации.

27. Госпитализация больного осуществляется медицинским персоналом приемного отделения, либо персоналом отделения, в которое он поступает. Больной считается принятым в отделение, только после завершения осмотра и полной уверенности в том, что исключено проникновение ПАВ в отделение.

28. Для предотвращения проникновения в отделение ПАВ производится тщательный осмотр больного, его личных вещей, продуктов питания.

29. При поступлении на лечение больные и родственники информируются об условиях лечебного режима в отделении. Больные ставятся в известность о том, что во время их встреч с родственниками на территории больницы или отделения обязательно присутствие лица из числа персонала наркологического отделения.

30. В медицинской карте стационарного больного в разделе «Беседа с родственниками» отмечается, что родственники ознакомлены с особенностями режима наркологического отделения (палаты).

31. При поступлении в отделение больной получает полную информацию о работе организации, о своих правах и обязанностях. Совместно со специалистами больной определяет цели своего пребывания в отделении. От больного требуются готовность к участию в индивидуальных и групповых програм-

мах, соблюдение режима и выполнение рекомендаций персонала.

32. При поступлении на лечение несовершеннолетних больных любые манипуляции, исследования, методы лечения проводятся с согласия их законных представителей.

33. Рекомендуется при организации работы отделения (палаты) медикаментозной коррекции предусмотреть возможность содержания в разных палатах больных, поступивших впервые и повторно, а также лиц, направленных в отделение на обследование с целью установления диагноза.

34. При обнаружении у больных ПАВ или медицинских шприцев принимаются меры к выяснению и устранению путей дальнейшего проникновения ПАВ или медицинских шприцев в отделение и палаты.

35. При направлении больных с зависимостью от ПАВ в специализированные консультативно-диагностические кабинеты или физиотерапевтические кабинеты один санитар сопровождает не более двух больных. При возвращении в отделение больные подвергаются осмотру с целью предотвращения проникновения ПАВ.

36. Перевод наркологических больных из других медицинских организаций прикрепленной территории осуществляется в соответствии с Инструкцией.

37. Перевод больного на второй или третий этап осуществляется по решению ВКК наркологической организации. При переводе больного в медицинской карте стационарного больного и журнале ВКК оформляется запись осмотра врачебно-консультативной комиссии, переводной эпикриз и затем медицинская карта больного направляется в то отделение, куда он переведён, где и ведётся до выписки больного.

38. Противопоказаниями к направлению в отделение психотерапии и реабилитации и в отделение социальной реабилитации являются:

1) наличие явлений интоксикации (опьянения), абстинентного синдрома;

2) наличие предпсихотических и психотических состояний с бредом, галлюцинациями, выраженными аффективно-волевыми нарушениями;

3) декомпенсированные формы психопатий и астенических расстройств с фобиями, тревогой и так далее;

4) наличие выраженного суицидального риска (суицидальные высказывания, тенденции к осуществлению суицидальных мыслей);

5) выраженный асоциальный характер поведения больного, подтверждённый анамнестическими сведениями;

6) наличие сопутствующих тяжёлых соматических заболеваний, требующих специального обследования и лечения.

39. Перевод больных в соматонркологическое отделение из других отделений наркологической организации проводится путём согласования заведующих отделений при наличии соответствующего

заключения о соматическом состоянии больного. Перевод больных в соматонаркологическое отделение из других медицинских организаций прикреплённой территории осуществляется в соответствии с Инструкцией.

40. Больные, направленные в отделение в порядке госпитализации больных по экстренным показаниям врачебными бригадами скорой медицинской (в том числе специализированной наркологической или психиатрической) помощи, доставляются в приёмную соматонаркологического отделения, где после осмотра больного окончательное решение о госпитализации принимает дежурный врач отделения.

Дежурный врач соматонаркологического отделения также решает вопрос о необходимости госпитализации больных, самостоятельно обратившихся за помощью непосредственно в отделение.

41. В соматонаркологическое отделение принимаются больные исключительно с наркологическими расстройствами в сочетании сопутствующими соматическими заболеваниями вне обострения.

42. При улучшении общего состояния, при добровольном согласии, больной из соматонаркологического отделения переводится на следующие этапы реабилитации или выписывается из отделения по окончании срока лечения.

43. При переводе больного из отделения в другую медицинскую организацию по экстренным показаниям необходимо известить его родственников или законных представителей.

44. Обеспечение больных питанием, медикаментами, инвентарём производится в соответствии с утверждёнными требованиями и нормами для стационарных больных.

45. Выписка больного из отделения производится по окончании обследования, купирования явлений абстинентного синдрома и законченного курса лечения, согласно периодическим протоколам диагностики и лечения. При желании больного продолжить программу реабилитации осуществляется перевод комиссией ВКК на следующие этапы – этап психотерапии и реабилитации, этап социальной реабилитации.

При выписке из стационара несовершеннолетних больных следует обязательно уведомлять их законных представителей.

46. Постоянные нарушения больными режима отделения, не обусловленные состоянием абстиненции, грубое отношение к медицинскому персоналу, другим больным, демонстративные отказы от медикаментозной коррекции состояния или от психотерапевтических видов лечения являются основанием для досрочной выписки больного.

47. После выписки медицинская карта стационарного больного заканчивается и вместе со статистической картой вышедшего из стационара сдаётся в организационно-методический отдел (статистический кабинет) наркологической организации.

48. При направлении больного в отделение из другой медицинской организации, копия эпикриза направляется в адрес этой медицинской организации.

5. Порядок предоставления лечебных отпусков больным наркологических организаций

49. Лечебные отпуска предоставляются больным на 2 и 3 этапе лечения.

50. Лечебный отпуск предоставляется с целью воздействия положительного микроклимата семьи на больного и ускорения его социальной адаптации в социуме.

51. Лечебный отпуск предоставляется больному при положительной динамике лечения, достаточной критике к своему состоянию и желании ведения в дальнейшем здорового образа жизни.

52. Лечебный отпуск предоставляется как по ходатайству родственников, так и по желанию самого больного. Вопрос о предоставлении лечебного отпуска решается индивидуально. Срок лечебного отпуска устанавливается продолжительностью от 3-х до 5-ти дней для областных и городских наркологических организаций, для республиканских – 5-10 дней.

53. Лечебный отпуск предоставляется комиссией ВКК в составе заведующего отделением и лечащего врача.

54. В медицинской карте стационарного больного указываются основания для предоставления ему лечебного отпуска, подробно описывается психический статус и делается заключение ВКК, подписанное всеми её членами о возможности предоставления лечебного отпуска.

55. После возвращения из отпуска, медперсоналом отделения проводится тщательный осмотр больного, лечащим врачом описывается статус и в целях контроля соблюдения режима трезвости проводится исследование биологических сред организма (мочи) на содержание наркотических веществ. При этом исследовании врач отделения проводит больному пред- и послетестовое консультирование.

Если пациент вернулся с нарушением режима трезвости, то проводится профилактическая беседа и в дальнейшем лечебные отпуска в течение 1 месяца не предоставляются.

56. На время нахождения в лечебном отпуске больной получает из стационара необходимые медикаменты на все дни отпуска в соответствии с назначениями лечащего врача.

57. На время лечебного отпуска больной снимается с питания.

58. Отпуск не предоставляется в следующих случаях:

- 1) острые психотические проявления у больного;
- 2) наличие суицидальных мыслей и тенденций;

- 3) развитие депрессивного синдрома;
- 4) аутогетеро-агрессивное поведение у психопатических личностей;
- 5) состояние выраженного похмельного или абстинентного синдрома;
- 6) наличие срывов, рецидивов у больного.

6. Госпитализация больных по экстренным показаниям

59. Необходимость предупреждения общественно опасных деяний, а также ауто-агрессивных действий больного требует в ряде случаев срочного помещения их в наркологическую или психиатрическую организацию в целях принятия специальных мер профилактики и лечения.

60. Основаниями для госпитализации больных по экстренным показаниям являются:

- 1) психотические состояния вследствие острых алкогольных психозов (делирий, галлюциноз);
- 2) предпсихотические варианты абстинентных состояний (патологическая компульсивность, тяжёлые дисфории и другие);
- 3) депрессивные состояния, сопровождающиеся суицидальными мыслями на фоне длительной алкогольной интоксикации;
- 4) патологическое опьянение;
- 5) абстинентные состояния, отягощённые судорожными припадками.

61. Не являются основанием для госпитализации больных по экстренным показаниям в наркологическую организацию любые состояния простого алкогольного и наркотического опьянения, кроме случаев помещения лиц в состоянии алкогольного опьянения средней степени в центры временной адаптации и детоксикации.

62. При поступлении больного в наркологическую организацию дежурный врач-нарколог лично убеждается в наличии у него показаний к госпитализации по экстренным показаниям и делает на титульном листе медицинской карты стационарного больного и в журнале приёма больных и отказов в госпитализации запись, что больной поступает в порядке госпитализации по экстренным показаниям.

В случаях, когда дежурный врач-нарколог не находит оснований для госпитализации больного по экстренным показаниям, а больной или его родственники не дают согласия на госпитализацию в обычном порядке, то дежурный врач отказывает в приёме такого больного и делает мотивированную запись в журнале учёта больных и отказов в госпитализации.

63. Лечащий врач, а в выходные и праздничные дни – дежурный врач, в течение часа уведомляет по телефону родственников больного или его законных представителей о его госпитализации. В медицинской карте стационарного больного лечащий или де-

журный врач регистрирует кто, когда, кому и в какой форме направил уведомление.

7. Порядок анонимного лечения наркологических больных

64. Согласно пункту 1 статьи 131 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» наркологические больные, добровольно обратившиеся за медицинской помощью в медицинские организации, оказывающие наркологическую помощь, по желанию могут получить эту помощь анонимно.

65. При обращении больного в амбулаторную или стационарную наркологическую организацию, желающего анонимно пройти курс медикаментозной терапии, реабилитации, предоставление документов, удостоверяющих личность больного, не требуется.

При первом анонимном обращении больному присваивается регистрационный медицинский код, на который заполняется (не указывая в них фамилии, адреса) индивидуальная карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного, статистический талон.

66. При присвоении регистрационного медицинского кода следует руководствоваться следующим:

1) первым знаком кода является цифровое обозначение области или региона:

- 01 – г. Астана;
- 02 – г. Алматы;
- 03 – Акмолинская область;
- 04 – Актюбинская область;
- 05 – Алматинская область;
- 06 – Атырауская область;
- 07 – Западно-Казахстанская область;
- 08 – Жамбылская область;
- 09 – Карагандинская область;
- 10 – Костанайская область;
- 11 – Кызылординская область;
- 12 – Мангистауская область;
- 13 – Южно-Казахстанская область;
- 14 – Павлодарская область;
- 15 – Северо-Казахстанская область;
- 16 – Восточно-Казахстанская область;

2) следующие пять знаков кода больного – это его порядковый номер в конкретной области или регионе, который присваивается при первом обращении. Далее, этот номер является постоянным, индивидуальным для каждого больного данного региона, при каждом последующем анонимном обращении больной называет именно данный номер;

3) анонимное лечение больных организуется таким образом, чтобы исключить дублирование регистрационных медицинских кодов.

67. Анонимный больной по присвоенному ему индивидуальному медицинскому коду учитывается во всех учётных и отчётных формах наркологической службы Республики Казахстан.

Приложение 1
к Правилам учёта, наблюдения и лечения больных
зависимостью от психоактивных веществ или пагуб-
ным употреблением психоактивных веществ

**БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ/ОТКАЗА
на проведение профилактического/диспансерного наблюдения по поводу наркологического заболевания**

Я, _____ (Я, родитель (опекун) _____ ребёнка _____) осведомлен (-а) о медико-социально-правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболе- вания (диагноз: _____) и возможных последствий отказа от диспансерного/профи- лактического наблюдения.	
Я, _____ (Я, родитель (опекун) _____ ребёнка _____) отказываюсь от диспансерного/профилактического наблюдения.	
Я, _____ (Я, родитель (опекун) _____ ребёнка _____) согласен (-сна) на диспансерное/профилактическое наблюдение в _____ и осведомлен (-а) о том, что мне (моему ребёнку) необходимо обращаться к моему лечащему врачу в указанные сроки для лечения и обследования.	
Подпись	Дата

Приложение 2
к Правилам учёта, наблюдения и лечения больных
зависимостью от психоактивных веществ или пагуб-
ным употреблением психоактивных веществ

**Типовая форма сопроводительного письма при передаче данных о наркологическом больном,
снятом с наркологического учёта в связи с изменением места жительства**

В _____
наименование наркологической организации

В соответствии с подпунктом 3 пункта 11 Правил учёта, наблюдения и лечения больных с зависимостью
от психоактивных веществ или пагубным употреблением психоактивных веществ, утверждённых приказом
Министра здравоохранения и социального развития от «__» _____ 201_ года №__ направляем выписку
из амбулаторной карты больного _____, снятого с наркологического учёта в связи с измене-
нием места жительства «__» _____ 20__ года для взятия на наркологический учёт в вашей наркологической
организации.

Главный врач _____ (ФИО и подпись)

Приложение 3
к Правилам учёта, наблюдения и лечения больных
зависимостью от психоактивных веществ или пагуб-
ным употреблением психоактивных веществ

Вкладной лист к амбулаторной карте наркологического больного

В соответствии с пунктом 5 Правил учёта, наблюдения и лечения больных с зависимостью от психоактив-
ных веществ или пагубным употреблением психоактивных веществ, утвержденных приказом Министра здра-
воохранения и социального развития от «__» _____ 201_ года №__ врачом-наркологом _____
проведено освидетельствование для установления диагноза наркологического заболевания _____.
Жалобы: _____
Наркоанамнез: _____
Объективный статус: _____
Психический статус: _____
Исследования (при наличии): _____
Клинический диагноз: _____

Врач _____ Дата _____

УДК 159.99:61

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К ДИАГНОЗУ РОДИТЕЛЕЙ, ЧЬИ ДЕТИ ИНФИЦИРОВАННЫ ВИЧ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АРВТ

Ю.А. Россинский
Ф.О. Лебедев

д.м.н., врач-психотерапевт, медицинский психолог, г. Павлодар, РК
магистрант Инновационного Евразийского университета (ИнЕУ), практи-
ческий психолог, г. Павлодар, РК

Проблема ВИЧ является мировой проблемой, о чём свидетельствует уровень её распространённости [1, 12]. Мировое сообщество, признавая масштабы этой проблемы, характеризует проблему ВИЧ как эпидемию, затронувшую большинство мировых стран и гражданских сообществ [17, 18]. Проблема ВИЧ имеет свою уникальность. Она в одно и то же время является инфекционной эпидемией и неинфекционной эпидемией. Инфекционная эпидемия предполагает медико-эпидемиологический аспект, в плане распространения вируса иммунодефицита человека как инфекции. Неинфекционная эпидемия предполагает другую сторону проблемы ВИЧ – общественную стигму, связанную с этой инфекцией, стигматизацию людей живущих ВИЧ, а также людей, чье поведение подвержена рискам ее инфицирования и дискриминацию в отношении лиц, живущих с ВИЧ [6, 8, 9].

Проблема стигматизации и дискриминации, связанной с ВИЧ/СПИДом наносит вред отдельным гражданам и гражданскому сообществу в целом больше, чем проблема ВИЧ, как инфекционного заболевания в клиническом её понимании [8, 9]. Страх перед заражением ВИЧ, а также искажённое восприятие людей, живущих с ВИЧ, как «неправильных», «заслуживших кару небесную» усугубляет стигматизацию в отношении этих людей [2, 3].

Особенно остро эта проблема проявляет себя в странах Центральной Азии, где специфика культуры Востока играет свою роль. Часто в отношении людей, инфицированных ВИЧ, открыто проявляются агрессия, угрозы. Негодование и репрессии в особо выраженной степени касаются женщин [4, 6]. Крайняя выраженность негативного отношения общества к ВИЧ-инфицированным людям, а также к людям, чье поведение ассоциируется с ВИЧ (ПИН – потребители инъекционных наркотиков, СР, МСМ) обосновывает приоритетность задач, направленных на противодействие стигматизации и дискриминации в данном регионе. Изменить мнение гражданского сообщества в отношении людей, подверженных ВИЧ – является одной из важнейших задач в рамках мер по противодействию проблемы ВИЧ [1, 8].

Особенную специфику проблема ВИЧ имеет в случаях инфицирования детей вирусом иммунодефицита человека, а также реакции их родителей, законных опекунов, которые проявляются в негативных чувствах (стыд, вина, обида, гнев, депрессия); в утрате доверия к государственным медицинским учреждениям, органам социальной поддержки; в низком уровне приверженности к АРВ-терапии их детей [16]. Низкий уровень приверженности родителей к АРВ-терапии их детей (ЛЖВ) является особой и крайне серьёзной проблемой, поскольку имеет ряд негативных последствий. Во-первых, не достигается ожидаемая польза от лечения, что приводит к ухудшению клинического состояния и уменьшению продолжительности жизни ребёнка. Во-вторых, несвоевременность и неравномерность потребления АРВ-препаратов приносит развитие новых резистентных штаммов вируса, тем самым усложняя возможности дальнейшего контроля клинического состояния. В-третьих, преждевременное прерывание лечения имеет негативные экономические последствия – нецелесообразный расход материальных ресурсов, которые могли бы быть использованы более эффективно для пациентов, имеющих достаточный уровень приверженности к лечению [11, 14, 15].

Кроме того, ситуация ВИЧ-инфицирования ребёнка является сильнейшим психическим стрессом для родителей и других членов семьи. Дети и их родители – эта та целевая группа, которая нуждается в соответствующей психологической помощи и поддержке. В настоящих условиях – это крайне непростая задача, так как для её решения необходимы человеческие, технические, финансовые ресурсы, в то время как у специалистов, работающих с лицами, пострадавшими от ВИЧ/СПИДа, порой не хватает достаточных знаний, умений и навыков в области индивидуального и группового консультирования, организации и сопровождения групп поддержки и взаимопомощи данного контингента [6].

Обнаружение любого заболевания – особенно неизлечимого, а тем более, осуждаемого обществом – является психическим стрессом и нарушает

состояние психологического равновесия. Реакция на выявление ВИЧ у пациентов может быть различной – от адаптивного варианта до выраженного патологического [3]. Существует целый ряд психологических особенностей, присущий большинству людей, узнающих о своём ВИЧ статусе [3, 7].

Для большинства людей, которые узнали о своём неизлечимом диагнозе, характерны универсальные психологические реакции. Эти реакции были описаны немецким психиатром Элизабет Кюблер-Росс, которая наблюдала за онкологическими больными. Эти реакции, по сути, являются психологической адаптацией к диагнозу и принятию факта неизлечимой болезни [3, 7]. Весь процесс принятия диагноза имеет пять стадий. Человек не обязательно проходит все пять стадий. Кто-то проходит все пять стадий, кто-то – две или три. Человек может умереть на любой стадии. Также нет единых временных рамок, за которые человек проходит очередную стадию. Один человек может пройти стадию за две недели, другому понадобится полгода, а кто-то не сможет пройти эту стадию вовсе, застряв и оставаясь на данной стадии до самой смерти [7]. Однако, все закономерные психологические реакции адаптации к диагнозу имеют пять стадий.

1. *Стадия отрицания болезни* («Желание не знать правду»). На данной стадии человек не принимает факт наличия неизлечимой болезни, он отрицает диагноз, и всё его поведение направлено на подтверждение этого отрицания. Человек начинает ходить по докторам в надежде исключить диагноз, найти подтверждение, что это какая-то ошибка. Если доктора не помогают ему в этом и подтверждают диагноз, он начинает ходить по экстрасенсам, знахарям и ясновидящим. И если кто-то из этих «специалистов» ставит другой диагноз, например «сглаз», то человек хватается за эту информацию. Однако со временем болезнь прогрессирует, и человек, всё-таки принимает реальность и диагноз фактически. Принять диагноз фактически не означает принять его психологически. Принять фактически означает принять реальность внешне, но в душе её не принимать. Принять психологически означает, смириться с тем, что принимаешь. Если человек принимает что-то психологически, то это «что-то» перестаёт быть для него стрессором. Принимая диагноз фактически, человек переходит на вторую стадию.

2. *Стадия гнева и протеста* («Гнев и возмущение»). На данной стадии, человек протестует против допущенной к нему «несправедливости». Он переполнен гневом и негодованием. Частыми высказываниями на данной стадии являются: «За что это мне? Я не заслужил этого!», «Это несправедливо!», «Почему, именно, я?». Человек на этой стадии обвиняет всех и вся:

- медицину и врачей, за то, что они неправильно его лечили;
- родных и близких, за то, что «это всё из-за них»;

- государство и правителей, за то, что «всё так плохо», за то, что все это «из-за экологии»;
- Бога, за то, что он несправедлив к нему.

Нередко человек на данной стадии начинает злоупотреблять алкоголем, чтобы облегчить свои страдания. Для родных и близких, кто живёт с этим человеком или близко общается с ним, эта стадия является серьёзным испытанием. Поскольку близкие люди постоянно принимают незаслуженные упреки и обвинения в свой адрес, то они могут эмоционально отреагировать, что часто приводит к конфликту.

3. *Стадия поиска компромисса или сделки с болезнью* («Компромисс или сделка»). На этой стадии больной стремится, как будто, отложить приговор судьбы, изменяя своё поведение, образ жизни. Он кардинально меняет своё поведение: начинает посещать церковь, мечеть, приносит пожертвования. Он начинает вести здоровый, часто высокодуховный образ жизни. Некоторые люди начинают принимать нетрадиционное лечение. Человек, как будто, хочет найти компромисс со своей судьбой или совершить сделку с Господом. Все это люди делают для того, чтобы обмануть или победить болезнь, или выпросить помилование у Бога и отстрочить фатальный конец – продлить свою жизнь. Нет однозначного временного интервала, за который человек должен пройти эту стадию. У каждого больного этот интервал свой. Кому-то вовсе не суждено пройти эту стадию. Однако если человек проходит эту стадию, то он переходит на следующую, четвертую стадию.

4. *Стадия отчаяния* («Депрессия»). Данная стадия проявляется депрессивной симптоматикой с реакциями отчаяния, нередко включающими в себя суицидальные мысли и попытки самоубийства. Человек опускает руки и предчувствует свою смерть. Он фактически принимает неизбежность смерти. Фактически – не психологически. На этой стадии человек угасает. Он перестаёт общаться с родными, близкими. Он ввергает себя в уныние. Эта стадия также является тяжёлым испытанием для родных и близких больного. Они переживают глубокую печаль предстоящей утраты, чувство вины за то, что ничего не могут поделать в данной ситуации. Если же человеку удастся пройти эту стадию, то он переходит на пятую стадию.

5. *Стадия компенсации* («Адаптация или смирение и новые надежды»). На данной стадии больной полностью принимает факт наличия неизлечимой болезни и неизбежности смерти, как части жизни, которая есть на сегодняшний день. Он рассматривает смерть как продолжение жизни, как переход к чему-то другому, как переход к другой жизни. Он смиряется со своей судьбой, спокойно принимая её. Он психологически принимает болезнь и свой исход. Страх смерти и чувство безысходности уходят на второй план, и на первый план выходит принятие жизни с данным неизлечимым заболеванием.

ем. У человека нормализуется настроение, повышается социальная активность, восстанавливаются добрые отношения с родными и близкими. На этой стадии больной человек нередко начинает проявлять искреннюю заботу о тех, кто остаётся жить после него, чтобы снять с них груз утраты, нередко больные люди пишут подробное завещание.

Вышеописанные стадии адаптации к принятию диагноза или факта неизлечимой болезни проходит не только больной человек. Вместе с ним эти же стадии проходят его близкие люди. Для родственников и близких хронически больного человека характерны те же механизмы и стадии психологической адаптации к диагнозу и болезни.

Механизмы отождествления (самоотождествления) и идентификации

«Параллельный» процесс психологической адаптации у родственников больного происходит в силу самоотождествления собственной личности с личностью близкого человека. Человек чувствует себя единым с этим человеком, так как он сильно привязан к нему. В силу единения, «растворения» в другом человеке, всё, что происходит с близким и значимым человеком – воспринимается как собственные переживания, идентифицируется как происходящее в себе самом.

У любящего человека возникает «спонтанная» эмпатия по отношению к близкому человеку. Это неосознанное и выраженное сопереживание и сочувствие. Например, мать, буквально, чувствует физическую боль, если у неё на глазах травмировался её ребёнок. Ребёнок для любящего родителя является самым любимым человеком. Родитель часто на расстоянии чувствует, что происходит с его ребёнком. Для каждого психически нормального человека собственная жизнь является одной из самых важных ценностей. Для любящего родителя жизнь его ребёнка является большей, высшей ценностью, чем его собственная жизнь. Поэтому родитель, ребёнку которого установлен диагноз ВИЧ, также проходит все стадии принятия факта инфицирования. Ниже будут описаны психологические особенности и механизмы в процессе каждого этапа, которые оказывают влияние на приверженность родителя к АРВТ.

Ниже описываются некоторые психологические реакции и феномены, проявляющие себя на разных этапах психологической адаптации к диагнозу ВИЧ родителей, чьи дети инфицированы ВИЧ, а также стратегии психологической/терапевтической интервенции.

Первая стадия – отрицание болезни – «Желание не знать правду»

Отрицание – это отказ признать неприятную реальность по типу: «не вижу то, что видят все». Это один из видов психологической защиты. Психологическая защита – это неосознаваемый психичес-

кий процесс, который по своей сути является защитным механизмом нашей психики, направленный на минимизацию отрицательных или травматичных переживаний. Вначале родитель может отрицать факт инфицирования своего ребёнка. Тем более, что инфекция не вызывает внешних проявлений. Родитель, как будто забывает, или не осознаёт факт наличия ВИЧ в организме у ребёнка. Повторимся, что это происходит неосознанно. То есть, человек не притворяется. Так устроена его психика. Человек при отрицании может не принимать совершенно очевидные вещи. Так, например, часто в ситуациях, когда у родителей внезапно умирает ребёнок, они первое время не верят, что он умер. Или же, в случае диагностирования рака, человек отрицает данные объективных исследований (рентгенография, компьютерная томография) и продолжает считать, что всё это ошибка, и что на самом деле никакой болезни нет. Соответственно, в этом случае родитель будет себя вести так, как будто никакой инфекции нет. И он не будет настроен на антиретровирусное (АРВ) лечение.

Поведение консультанта в ситуации отрицания. В этом случае консультант должен совместно с родителями ребёнка обсуждать результаты его анализов и врачебные заключения. Если это групповая работа, то групповой консультант может обсудить с участниками группы вопрос о приглашении на заседание одной из групп врача центра СПИД (инфекционист, иммунолог, спидолог).

Вытеснение – это ещё один вариант психологической защиты, посредством которого неприемлемые, слишком пугающие или болезненные для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, – становятся бессознательными. Вытеснение проявляется в том, что человек забывает те вещи, которые ему неприятны или болезненны для него. Вытесняя неприятные мысли, чувства, травмирующие события и объекты, человек, таким образом, защищает себя от реальной действительности. В случае вытеснения родитель формально принимая необходимость АРВТ для своего ребёнка, может просто забывать регулярно давать ему лекарства. Родитель такого ребёнка заявляет, что у него это просто выпадает из памяти.

Поведение консультанта в ситуации вытеснения. Консультант в этом случае не должен обвинять или стыдить родителя, поскольку это может вызвать сопротивление с его стороны. Консультант должен предложить варианты, которые помогут клиенту помнить его обязанности.

Пример *неправильного* поведения консультанта:

Клиент: Я просто забываю иногда давать моему ребёнку лекарства, вот и все. Я же это делаю не специально!

Консультант: Нет, Вы делаете это потому, что внутри Вы против лечения. Вы халатно относитесь к лечению своего ребёнка!

Клиент: Вы не имеете права обвинять меня! Я не буду больше ходить на группу!

Пример *правильного* поведения консультанта:

Клиент: Я просто забываю иногда давать моему ребёнку лекарства, вот и все. Я же это делаю не специально!

Консультант: Я понимаю. Так, действительно, может быть. Давайте подумаем с Вами, что можно сделать для того, чтобы в дальнейшем Вы не забывали про лекарства для вашего ребёнка?

Клиент: Хорошо, давайте подумаем!

Необходимо отметить, что нет единого временного интервала, за который бы все родители приняли факт наличия ВИЧ-инфекции в организме его ребёнка. Человек на стадии отрицания может находиться долго, хотя эта стадия может быть очень короткой по времени. Консультант должен ориентироваться на осознание родителем факта наличия ВИЧ-инфекции.

Вторая стадия – стадия протеста – «Гнев, обида и возмущение»

Гнев и обида. Если родитель переходит на вторую стадию принятия факта наличия ВИЧ-инфекции в организме его ребёнка, его эмоциональное состояние меняется кардинальным образом. Первой эмоциональной реакцией и особенностью его поведения является гнев и обида. Гнев – это открытое, нескрываемое чувство. Обида – это чувство, которое включает в себя гнев, который не проявляет себя открыто, так как внешнее его проявление сдерживается, как правило, страхом. Поэтому обида – это тоже гнев, только внешне невыражаемый и «впечатающийся» со страхом. Гнев направлен на его источник. Поэтому гнев родителя ВИЧ-инфицированного ребёнка будет направлен на его источник. Если инфицирование является результатом заражения в больнице, например при переливании крови, то гнев будет направлен на медицинских работников или систему здравоохранения в целом. Гнев может диффузно распространяться. Тогда в этом случае гнев перейдёт на государственные органы, на себя, на собственную судьбу, на Бога.

Поведение консультанта в ситуации гнева клиента. Родитель может обвинять всех, кто будет находиться рядом или общаться с ним, особенно если эти люди не поддерживают его обвиняющей позиции. Консультант должен понимать эту особенность и закономерность. Знание закономерности гневного реагирования позволит консультанту быть более спокойным, устойчивым по отношению к обвинению в свой адрес и не реагировать ответной обидой или гневом на клиента. Консультант должен обладать когнитивной эмпатией – знанием и пониманием причин поведения своего клиента в момент каждой настоящей ситуации – и де-

монстрировать это клиенту. В этой ситуации он должен:

- дать возможность клиенту высказать свои претензии, тем самым выразить свой гнев. Если консультант в директивной форме начнет блокировать гнев клиента, то гнев так и останется, и клиент не сможет воспринять рациональную информацию. Более того, он может начать оказывать сопротивление и уйти из процесса консультирования;

- в спокойной форме прокомментировать клиенту его поведение и продемонстрировать свое понимание и выказать свое сочувствие: «Консультант: Полагаю, Вы разгневаны. Я понимаю вашу реакцию, насколько это может быть тяжело. Я сочувствую Вам»;

- оказать эмоциональную поддержку, готовность помощи и перевести внимание клиента на задачах консультирования «Консультант: Мне жаль, что это случилось с Вами. Я постараюсь помочь Вам в этой нелёгкой для Вас ситуации. И если Вы не против, то я бы хотел продолжить свою идею ...».

В состоянии гнева или обиды родитель может в протестной форме отказаться от АРВТ. Однако если в процессе психотерапевтических встреч родитель высвобождает свой гнев, то частота случаев протестных форм поведения уменьшается.

Спротивление. Спротивление – это поведение, предохраняющее людей от переживания личностных трудностей или болезненных чувств. Как защитный механизм сопротивление направлено на снижение тревоги. Консультант должен принимать сопротивление клиента и относиться к нему адекватно. Во-первых, консультант должен понимать, что сопротивление – это нормальное явление в ситуации индивидуального или группового консультирования. Спротивление не должно восприниматься, как игнорирование или проявление неуважения. Клиент, таким образом, неосознанно защищает зону своего комфорта и безопасности. Во-вторых, сопротивление – это, чаще всего, реакция клиента на стиль поведения консультанта или же на информацию, которая проявилась в ходе консультирования. И ведущий должен воспринимать сопротивление как сигнал того, чтобы он (консультант) изменил свою стратегию. Если консультант в поведении клиента отметил признаки сопротивления, он должен проанализировать возможную причину и выбрать одну из стратегий своего поведения:

- а) изменить стиль своего поведения с клиентом;
- б) изменить тему беседы и переключить внимание клиента.

Признаками сопротивления могут быть следующие формы поведения клиента в процессе консультирования.

1. Открытый протест или сопротивление. Это ситуация, когда клиент открыто, заявляет о том, что он не хочет обсуждать эту тему, или его не устраивает то, что говорит или то, как говорит консультант

(другой участник группы); активно защищает свою позицию; аргументирует и т.п.

2. Скрытое сопротивление. Это ситуация, когда клиент избегает или обходит определенные темы беседы; выключается из активного процесса обсуждения или участия в группе; молчит; не выполняет указания или задания ведущего/консультанта (домашнее задание, упражнение на группе и т.п.); опаздывает или пропускает занятия и т.д.

Поведение консультанта в ситуации сопротивления. В ситуации открытого сопротивления консультант должен дать возможность высказаться клиенту, обозначить его позицию. Далее, консультант должен принять позицию клиента, проговорить это клиенту. В случае если позиция клиента, с точки зрения консультанта, является неадекватной или непродуктивной, консультант может предложить клиенту проговорить свою точку зрения – предложить, но не навязывать. Может так случиться, что клиент откажется от предложения. Тогда консультант не должен настаивать или пытаться «продать» свою тему. Если консультант будет стараться «сломать» сопротивление, то это может привести к провалу терапии и потери клиента. Консультант должен знать важную закономерность: повышение давления со стороны консультанта усиливает сопротивление со стороны клиента – сила давления прямо пропорциональна силе сопротивления.

Важное правило: консультант должен ориентироваться не на собственный проект терапии, а на проект и состояние клиента – его мотивы и желания; его скорость продвижения; его право на нежелание и т.д.

В ситуации скрытого сопротивления консультант может обратить внимание клиента на его поведение и задать прямой вопрос. Например:

Консультант: Я заметил, что когда речь заходит об отношениях с вашей женой, Вы меняете тему разговора: начинаете говорить о ваших проблемах на работе или просто замолкаете, как будто, эта тема и не появлялась вовсе. Как Вы думаете, может ли это означать, что тема ваших супружеских отношений является нежелательной для Вас?

Клиент: Возможно ...

Консультант: Может быть, Вы расскажете о ваших отношениях с женой?

Консультант должен отслеживать стиль своего поведения, особенно его эмоциональную составляющую. Ниже приводятся формы поведения консультанта, которые могут восприниматься клиентом как давление со стороны ведущего и, соответственно, вызывать сопротивление:

- аргументация, особенно, в целях «продать» своё мнение или предложение;
- отказ соглашаться с клиентом, настаивание на своём;

- настойчивое или категоричное требование;
- осуждение, критика, обвинение;
- приведение примеров о негативных последствиях, особенно, если это в соответствии с аргументацией для лоббирования своей стратегии;
- конфронтация, попытка противоречить логикой или доказательствами;
- интерпретация или анализ «причины» сопротивления;
- подавление властью/авторитетом;
- выражение сарказма или недоверия, а также шутки и игнорирования в адрес клиента или заявлений клиента;
- заявление клиенту о том, что он сопротивляется или задавание вопрос клиенту: почему он сопротивляется.

Для группового консультанта неуважение сопротивления членов группы равнозначно неуважению их самих. Эффективным способом работы с сопротивлением является его восприятие как неизбежного аспекта группового процесса. Консультант признаёт, что сопротивление – это естественная реакция членов группы на личностную вовлечённость в деятельность, содержащую определённый риск. Групповой консультант должен понимать, что, если члены группы не готовы сотрудничать, то это не всегда является формой проявления сопротивления в прямом смысле. Иногда члены группы могут проявить отсутствие готовности поделиться своими чувствами, потому, что они не доверяют консультанту или потому, что группа кажется им недостаточно безопасным местом для самораскрытия.

Рассматривая вторую стадию, мы полагаем, что она также как и первая не имеет чётко обозначенных временных границ, то есть может длиться долго, может быть короткой. Консультант должен ориентировать себя на поведение клиента. Если клиент, в нашем случае – родитель ВИЧ-инфицированного ребёнка, переходит на третью стадию – сделки с болезнью, он также меняется в своём поведении. Основной особенностью его поведения является поиск альтернатив, как лечения ребёнка, так и своего поведения. Он может углубляться в религию, посещать мечеть, делать подношения и т.д. Он, как будто, замаливает грехи и выпрашивает помилование у судьбы. Второй характерной особенностью является увлечения родителей альтернативными формами лечения, которые могут вызвать амбивалентное состояние или амбивалентность родителя в отношении АРВТ.

Третья стадия – сделка с болезнью – «Компромисс или сделка»

Амбивалентность. Амбивалентность – это переживание противоречивых чувств по отношению к чему-либо. Это ситуация, когда в одном человеке живут два противоположных мотива или чувства по

отношению к одному и тому же объекту. Например, амбивалентность у потребителей наркотиков может проявляться в виде двух противоположных желаний – прекратить употреблять наркотики и продолжать употреблять наркотики. Или, в случае с родителями, чьи дети инфицированы ВИЧ, амбивалентность может проявляться в том, что родители: а) имеют два противоположных мотива – давать лекарства ребёнку и не давать лекарства ребёнку; б) имеют два разных, альтернативных мотива – давать ребёнку АРВ препараты или давать альтернативное лечение, например, какие-либо народные средства. Часто, один из амбивалентных мотивов является неосознанным, то есть скрытым. В ситуации амбивалентности человек может раскачиваться как маятник – от одного мотива, к другому.

Поведение консультанта в ситуации амбивалентности клиента. Консультант должен в недерективной форме постараться продемонстрировать или показать клиенту, что в нём «живут» два амбивалентных мотива. Это очень важно, чтобы клиент осознал свои амбивалентные мотивы. Консультант может продемонстрировать клиенту его противоречивые мотивы, используя эмпатическое слушание. Суть эмпатического слушания заключается в следующем: консультант внимательно слушает и наблюдает за клиентом в течение определённого времени. В процессе работы консультант собирает материал из того, что говорит клиент. Если консультант обнаруживает два противоречивых мотива или противоречия в том, что клиент говорит и то, что он делает, то он проговаривает это клиенту. При этом консультант ничего не придумывает от себя и ничего не добавляет лишнего. Он вычленяет ранее сказанные фразы клиента, но с тем акцентом, который нужен, чтобы подчеркнуть наличие двух мотивов.

Рассмотрим несколько вариантов обращения консультанта к клиенту.

Первый вариант обращения будет звучать следующим образом:

Консультант: «С одной стороны – Вы говорите, что Вы понимаете важность приёма антиретровирусных препаратов для вашего ребёнка и поддерживаете рекомендации врачей. С другой стороны – Вы до настоящего момента так и не начали приём препаратов. Как вы думаете: как это противоречие можно объяснить?».

Второй вариант обращения:

Консультант: «Вы говорите, что не хотите давать ребёнку препараты, так как боитесь побочных эффектов. Вы так же говорили не один раз, что Вы очень переживаете за жизнь своего ребёнка и хотите продлить её как можно дольше, и что Вы готовы лечить его ради этого. Стало быть, у Вас также есть мотив давать лечение вашему ребёнку, так? Я правильно понимаю?».

Консультант использует эмпативное слушание, для того, чтобы показать клиенту наличие двух мо-

тивов. Впоследствии консультант должен «расшатать» амбивалентность в пользу рационального или жизнеутверждающего мотива. Это нужно делать постепенно, спокойно, не торопясь (может быть в течение нескольких встреч), без лишнего давления.

Четвёртая стадия – стадия отчаяния – «Депрессия»

Данная стадия является очень сложной, как для самого клиента, так и для консультанта. Если отчаяние и депрессия принимают выраженные формы, то необходимо рекомендовать клиенту консультацию врача психиатра, для медикаментозного и стационарного лечения его болезненного состояния. Особенно это важно, если консультант обнаруживает признаки суицидальной активности или суицидальные феномены.

Суицидальные феномены. Суицидальные феномены определяют глубину суицидальной активности и представляют собой следующие формы поведения.

1. Антивитальные переживания. К антивитальным переживаниям относятся размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках: «Жить не стоит», «Не живёшь, а существуешь», где ещё нет чётких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

2. Пассивные суицидальные мысли. Они характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером этому являются такие высказывания: «Хорошо бы умереть», «Заснуть и не проснуться», «Если бы со мной произошло что-нибудь, и я бы умер...» и т.д.

3. Суицидальные замыслы. Суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, то есть тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации. Здесь клиент уже продумывает способы суицида, время и место действия.

4. Суицидальные намерения. Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Поведение консультанта в ситуации отчаяния и депрессии. Консультант, должен уберечь клиента от совершения суицида или суицидальной попытки. Клиент с выраженной формой депрессии должен быть помещён в стационар для прохождения медикаментозного лечения. Во-первых, такой клиент представляет социальную опасность для собственной жизни. Во-вторых, его депрессивное состояние не даст ему полноценно и активно участвовать в группе.

Внутренняя стигма. Стигму можно определить как признак неприязни или недоверия, которые ставят человека в особое положение, отдаляя его от общества. Внутренняя стигма – это предвзятое от-

ношение человека к себе, по какому-либо признаку, который может являться объектом общественной стигмы. Этот психологический феномен часто встречается на данной стадии, хотя он может и присутствовать в переживаниях и состоянии человека и вне ситуации, связанной с принятием факта неизлечимой болезни. Например, о внутренней стигме можно говорить в следующих ситуациях. Если одинокая или разведённая женщина стесняется этого факта, считая, что он является признаком её ущербности, и поэтому скрывает его от окружающих лиц. Или человек, употреблявший наркотики в прошлом, переживает стыд по этому поводу в своём настоящем, считая себя хуже, чем остальные. Или человек, переживающий смущение или стыд от того, что его ребёнок инфицирован ВИЧ, связывая это с представлениями о себе, например, что он плохой родитель и т.п.

Поведение консультанта в ситуации внутренней стигмы. Стигма и внутренняя стигма оказывают негативное влияние на психологическое состояние человека, снижают его социальную активность, соответственно, ограничивают его возможности. Для людей с внутренней стигмой психотерапевтические группы, а также группы поддержки и взаимопомощи являются весьма подходящей формой психологической помощи, так как они представляют собой общество в миниатюре. Консультант должен поддерживать на группе атмосферу доверия, безопасности, благожелательного отношения» в первую очередь со своей стороны и со стороны остальных участников, культивируя принцип «равный – равному». На собрании группы должны планироваться отдельные темы и прорабатываться вопросы, связанные со стигмой, внутренней стигмой, стигматизацией и т.д.

Вина и самообвинение. Вина и самообвинение – это чувства, переживаемые клиентом в ситуации морально-этического конфликта человека. Они являются составляющими элементами и симптомами депрессии. Вина возникает у человека, когда он считает себя причастным к тому, что нарушает мораль, что противоречит его совести. Часто вина возникает в ситуации, когда на самом деле поведение человека не выходило за рамки этики и морали, однако, не смотря на это, он считает себя виноватым. Например, родитель, у которого погиб ребёнок, может считать себя виноватым, потому что он «не доглядел», не предотвратил катастрофу. Хотя на самом деле ситуация могла совсем не зависеть от него. Также могут считать себя виноватыми родителями, чьи дети были инфицированы ВИЧ.

Список литературы

1. Декларация о приверженности делу борьбы со СПИДом Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН // Журнал «Дипломатический вестник». – 2001. – 15 с.
2. Ричард У. Бауэр. Доклад о теологическом семинаре на тему стигмы в связи с ВИЧ/СПИДом // 8-11 декабря 2003 г., Виндхук, Намибия. – 22 с.
3. Жужгова И.В. и соавт. Медико-психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированных пациен-

Поведение консультанта в ситуации вины и самообвинения. Вина и самообвинение приводят к очень неблагоприятным последствиям – депрессии и самоубийству. Поэтому консультант должен держать в зоне повышенного внимания тех участников, которые проговаривают чувство вины и обвиняют себя в случившемся. Консультант может проводить *когнитивную реконструкцию* системы понятий клиента, связанных с состоянием его ребёнка – рационально объяснять причины инфицирования и, тем самым, растождествлять их причастность к болезни ребёнка. Когнитивная реконструкция включает в себя исследование и изменение представления клиента о ситуации посредством объяснения, прояснения, интерпретации. Многие люди, имеющие восточный менталитет, сильно привержены к религиозной культуре. Консультант может также планировать темы для обсуждения в группе, связанные с такими экзистенциальными вопросами, как судьба, смысл жизни, смысл смерти и т.д. В случае если консультант отмечает у участника устойчивые реакции самообвинения, то он должен постараться убедить клиента в необходимости консультации врача психиатра, на предмет наличия депрессии и возможного медикаментозного лечения.

Пятая стадия – компенсация – «Адаптация или смирение»

На этой стадии родитель психологически принимает жизненную ситуацию своего ребёнка и факт инфицирования ВИЧ. У человека проходят или значительно уменьшаются негативные переживания и состояния, и он способен относиться более рационально к данной ситуации. Приверженность к АРВТ его ребёнка повышается. Данный этап делает человека очень ценным участником группы. Такие люди наиболее подходят к роли лидера группы поддержки и взаимопомощи, которая проводится без профессионального консультанта. Такие люди могут помочь консультанту в плане когнитивной реконструкции системы верований и понимания мира у остальных участников группы.

Таким образом, описанные особенности психологической адаптации к диагнозу ВИЧ родителей, чьи дети инфицированы ВИЧ, а также стратегии психологической / терапевтической интервенции могут быть полезными специалистам, работающим с данным контингентом, как в плане оказания психологической помощи, так и плане формирования и повышения приверженности к АРВТ.

тов / Васильева Т.В., Островский Д.В., Исаева Г.Н. Медико-психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированных пациентов: Методическое пособие. – Санкт-Петербург, 2006. – 73 с.

4. Национальное исследование по выявлению форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ. – Центр стратегических исследований при Президенте Республики Таджикистан, 2007. – 87 с.

5. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. – Москва: Просветительский Центр «ИНФО-Плюс», 2003. – 148 с.

6. Россинский Ю.А. Программы профилактики ВИЧ и противодействия стигме и стигматизации (опыт и приобретенные уроки в Таджикистане 2008-2012 гг.). – Павлодар, 2012. – 178 с.

7. Россинский Ю.А., Рахмазова Л.Д., Ескалиева А.Т. Эмоциональные расстройства у больных наркоманией, инфицированных ВИЧ. – Павлодар, 2006. – 180 с.

8. Снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ: важная часть национальных программ по СПИДу: Материал для национальных участников мер в ответ на ВИЧ. – 2013. – 43 с.

9. Стигма, дискриминация и нарушения прав человека в связи с ВИЧ. Тематические исследования успешных программ // Коллекция ЮНЭЙДС «Лучшая практика». – 2005. – 57 с.

10. Тюленева Н. Группы само- и взаимопомощи для людей, уязвимых к ВИЧ. – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. – 68 с.

11. Basic counselling guidelines for anti-retroviral (ARV) therapy programmes. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (Mental health and HIV/AIDS series): World Health Organization, 2005, P 43-45.

12. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data “UNAIDS”, P. 23-45.

13. Levy L.H. Self-help groups. Handbook of Community Psychology / edited by Julian Rappaport & Edward Seidman. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New-York, 2000, P. 591-612.

14. Psychosocial support groups in anti-retroviral (ARV) therapy programmes. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (Mental health and HIV/AIDS series): World Health Organization 2005, P. 26-89.

15. Psychotherapeutic interventions in anti-retroviral therapy: for second level care. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (Mental health and HIV/AIDS series). World Health Organization 2005, P. 97-111.

16. Unaid, pefar, unicef, who - progress report on the Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive: Geneva, UNAIDS, 2013, P. 23-28.

17. Unhcr Unhcr Global Trends 2012: A Year of Crises: Geneva, UNAIDS, 2013, P. 112-114.

18. WHO, UNAIDS and UNICEF (2013). Global Update on HIV Treatment 2013: Results, Impact and Opportunities (Geneva: WHO, UNAIDS and UNICEF), P. 45-56.

ОБСУЖДЕНИЯ, ДИСКУССИИ

УДК 34:001.4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРЕВЕНТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

М.Ш. Кисина

врач – методист организационно-методического отдела РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Казахстан)

«Искоренение пыток – дело совести всех и каждого. Боль и страдание каждой отдельной жертвы преодолевают политические, религиозные и культурные барьеры, и поэтому все мы обязаны направлять усилия и стремиться к общей цели — гуманному миру, в котором нет места пыткам»

Международный совет
по реабилитации жертв пыток

В 2013 году в Республике Казахстан был принят Закон РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам создания национального превентивного механизма, направленного на предупреждение пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания». Данным законом превентивный механизм был внедрён: 1) в уголовный процесс; 2) в уголовно-исполнительную систему; 3) в систему здравоохранения; 4) в систему адаптации и образования несовершеннолетних; 5) в систему временной изоляции лиц от общества.

Правовые последствия принятия такого закона имеют решающее значение для изменения правовой ситуации в закрытых от общественности государственных учреждениях. Этот закон принят вследствие международных обязательств Казахстана в связи с присоединением к Факультативному протоколу Конвенции против пыток (ООН). Таким образом, законодательно закреплено создание и функционирование системы предотвращения пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих человеческое достоинство видов обращения и наказания на государственном уровне в рамках Национального превентивного механизма (далее – НПМ) под непосредственным руководством Уполномоченного по правам человека в Республике Казахстан всей проводимой работой.

Кроме того, были приняты поправки в Кодекс РК об административных нарушениях, предусматривающие ответственность за воспрепятствование законной деятельности участников превентивного механизма.

В рамках новой редакции Уголовного кодекса предусмотрено ужесточение уголовной ответственности за совершение пыток, повлекших причинение тяжкого вреда здоровью или по неосторожности смерть потерпевшего, с увеличением наказания до 12 лет лишения свободы.

Этим же проектом данное преступление отнесено к категории деяний, на которые не распространяется применение сроков.

Национальный превентивный механизм – это система предупреждения пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих человеческое достоинство видов обращения и наказания, функционирующая посредством деятельности участников НПМ.

1. Международные документы и законодательство Республики Казахстан о недопущении пыток и других видов жестокого бесчеловечного или унижающего человеческое достоинство обращения и наказания

1.1 Международные документы о недопущении пыток и других видов жестокого бесчеловечного или унижающего человеческое достоинство обращения и наказания

Основные международные документы, в том числе, не обладающие юридической силой (принципы, Кодексы поведения) приведены ниже. Ряд из них ратифицирован нашей страной. Основным документом для нас является Конвенция ООН против пыток и факультативный протокол к конвенции, поскольку оба документа ратифицированы, а их нормы были имплементированы в законодательство Республики Казахстан.

ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА,
10 декабря 1948 г.

Статья 5. Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство видам обращения или наказания.

ЖЕНЕВСКИЕ КОНВЕНЦИИ, 1949 г.

Общая статья 3. С лицами, не принимающими активное участие в конфликте, необходимо при любых обстоятельствах обращаться гуманно, без каких-либо различий по признаку расы, цвета кожи, религии или веры, половой принадлежности, происхождения или материального положения или по другим подобным признакам.

С этой целью в любое время и в любом месте по отношению к вышеупомянутым лицам следующие действия должны быть запрещены:

- проявление насилия по отношению к жизни и неприкосновенности лица, в частности, убийство любого рода, нанесение увечий, жестокое обращение и пытки;
- глумление над человеческим достоинством, в частности, унижение и бесчеловечное обращение.

ЕВРОПЕЙСКАЯ КОНВЕНЦИЯ
О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА, 1950 г.

Статья 3. Никто не должен подвергаться пыткам и бесчеловечным или унижающим достоинство обращению и наказанию.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПАКТ О ГРАЖДАНСКИХ
И ПОЛИТИЧЕСКИХ ПРАВАХ, 1966 г.

Статья 7. Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство видам обращения и наказания, в частности, ни одно лицо не должно без его свободного согласия подвергаться медицинским или научным опытам.

Статья 10. Все лица, лишённые свободы, имеют право на гуманное обращение и уважение достоинства, присущего человеческой личности.

КОДЕКС ПОВЕДЕНИЯ ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ
ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ПРАВОПОРЯДКА, 1979 г.

Статья 5. Ни одно должностное лицо по поддержанию правопорядка не может осуществлять, подстрекать или терпимо относиться к любому действию, представляющему собой пытку или другие жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения и наказания, и ни одно должностное лицо по поддержанию правопорядка не может ссылаться на распоряжение вышестоящих

лиц или такие исключительные обстоятельства, как состояние войны или угроза войны, угроза национальной безопасности, внутренняя политическая нестабильность или любое другое чрезвычайное положение, для оправдания пыток или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, 1982 г.

Принцип 1. Работники здравоохранения, в особенности врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание заключённых или задержанных лиц, обязаны охранять их физическое и психическое здоровье и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключёнными или задержанными.

Принцип 2. Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление, в соответствии с действующими международными документами, если они занимаются активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их.

КОНВЕНЦИЯ ООН ПРОТИВ ПЫТОК
И ДРУГИХ ЖЕСТОКИХ, БЕСЧЕЛОВЕЧНЫХ
ИЛИ УНИЖАЮЩИХ ДОСТОИНСТВО ВИДОВ
ОБРАЩЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ

Принята Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1984 года, вступила в силу 26 июня 1987 года. Ратифицирована Республикой Казахстан 29 июня 1998 года.

Конвенцией против пыток определены полномочия Комитета против пыток, юрисдикция которого распространяется в полном объёме на территорию Республики Казахстан.

Статья 1.

1. Для целей настоящей Конвенции определение «пытка» означает любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома, или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдания, которые возника-

ют лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно.

2. Эта статья не наносит ущерба какому-либо международному договору или какому-либо национальному законодательству, которое содержит или может содержать положения о более широком применении.

ЕВРОПЕЙСКАЯ КОНВЕНЦИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПЫТОК И БЕСЧЕЛОВЕЧНОГО ИЛИ УНИЖАЮЩЕГО ДОСТОИНСТВО ОБРАЩЕНИЯ ИЛИ НАКАЗАНИЯ, 1987

В 1987 г. Европейская конвенция о правах человека была дополнена Европейской конвенцией по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, в которой было предусмотрено создание Комитета по предупреждению пыток.

СВОД ПРИНЦИПОВ ЗАЩИТЫ ВСЕХ ЛИЦ, ПОДВЕРГАЕМЫХ ЗАДЕРЖАНИЮ ИЛИ ЗАКЛЮЧЕНИЮ, В КАКОЙ БЫ ТО НИ БЫЛО ФОРМЕ, 1988

Принцип 6. Ни одно задержанное или находящееся в заключении лицо не должно подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания.

Никакие обстоятельства не могут служить оправданием для пыток или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания.

ВЕНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ И ПРОГРАММА ДЕЙСТВИЙ

Принята представителями 171 государства на Всемирной конференции по правам человека 25 июня 1993 года.

Пункт 5 раздела b (<свобода от пыток>) декларации и программы действий гласит:

- свобода от пыток является правом, которое должно защищаться в любых обстоятельствах, в том числе в периоды внутренних или международных беспорядков или вооруженных конфликтов;
- призывает все государства немедленно положить конец практике пыток и навсегда искоренить это зло;
- особое внимание уделять обеспечению универсального соблюдения и эффективного осуществления Принципов медицинской этики, относящихся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключённых или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или

унижающих достоинство видов обращения и наказания;

- усилия по искоренению пыток должны, прежде всего, сосредоточиваться на превентивных мерах, и в этой связи призывает к скорейшему принятию факультативного протокола к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, в соответствии с которыми должна быть создана превентивная система регулярных посещений мест заключения.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРОТОКОЛ К КОНВЕНЦИИ ООН ПРОТИВ ПЫТОК, 18 декабря 2002 г.

Статья 1 обязывает «установить систему регулярных посещений независимыми международными и национальными органами мест лишения свободы с целью предотвращения пыток и других видов жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения или наказания».

В статье 2 излагается требование к созданию «Подкомитета» при Комитете против пыток – международного механизма посещения мест заключения, как одного из составляющих системы предупредительных мер – целью которого является посещение мест лишения свободы.

Другие международные стандарты:

- минимальные стандартные правила ООН обращения с заключёнными (1957 г. и 1977 г.);
- европейские тюремные правила, принятые Советом Европы, 1987;
- свод принципов (ООН) защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению, в какой бы то ни было форме, 1988 г.;
- основные Принципы ООН, касающиеся роли юристов, 1990 и др.

1.2 Законодательство Республики Казахстан (в развитие конституционного принципа неприкосновенности человеческого достоинства, запрета пыток и других видов жестокого бесчеловечного или унижающего человеческого достоинство обращения и наказания)

КОНСТИТУЦИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Статья 14.

Никто не может подвергаться какой либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии убеждения, места жительства и любым иным обстоятельствам.

Статья 17.

Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию.

УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Статья 141-1. пытки

1. Умышленное причинение физических и (или) психических страданий, совершённое следователем, лицом, осуществляющим дознание, или иным должностным лицом либо с их подстрекательства или с молчаливого согласия другим лицом, либо с их ведома с целью получить от пытаемого или третьего лица сведения или признания, либо наказать его за действие, которое совершило оно или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, – наказывается штрафом в размере от двухсот до пятисот месячных расчётных показателей либо лишением права занимать определённые должности на срок до трёх лет, либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок.

2. То же деяние, совершённое:

- а) группой лиц или группой лиц по предварительному сговору;
 - б) неоднократно;
 - в) с причинением средней тяжести вреда здоровью;
 - г) в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, или несовершеннолетнего,
- наказывается лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет.

3. То же деяние, повлекшее причинение тяжкого вреда здоровью или по неосторожности смерть потерпевшего,

- наказывается лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет.

Примечание. Не признаются пыткой физические и психические страдания, причинённые в результате законных действий должностных лиц.

УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ КОДЕКС
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
(нормы статей 108; 116; 192 п. 4)

План мероприятий Правительства Республики Казахстан по реализации рекомендаций Комитета ООН против пыток на 2010-2012 годы, утверждённый соответствующим Постановлением Правительства РК в феврале 2010 г.

Нормативное постановление Верховного Суда № 7 «О применении норм уголовного и уголовно-процессуального законодательства по вопросам

соблюдения личной свободы и неприкосновенности достоинства человека, противодействия пыткам, насилию, другим жестоким или унижающим человеческое достоинство видам обращения и наказания» от 28 декабря 2009 г.

Приказ Генерального Прокурора РК об утверждении инструкции «О проверке заявлений о пытках и иных незаконных методах, связанных с жестоким обращением с лицами, вовлечёнными в уголовный процесс и содержащихся в специализированных учреждениях, и их предупреждению» от 01 февраля 2010 г.

Перечень международных правовых документов и норм действующего законодательства Республики Казахстан содержат два определения пыток: в первом случае – это конвенционное определение (ст. 1), во втором – это определение преступления «пытка» из Уголовного кодекса Республики Казахстан (УК РК) (ст. 141.1). Важно понять, что в большинстве случаев пытка, как преступление, является результатом цепочки событий, началом которой, как правило, является попытка унижения человеческого достоинства. Унижение человеческого достоинства приводит к жестокому и унижающему достоинство человека обращению и наказанию, а затем – к пыткам. Ниже раскрываются понятия жестокого и унижающего достоинство обращения и наказания и пыток.

От пыток следует отличать понятия жестокого или унижающего достоинство обращения и наказания. Определения таких обращений и наказаний в «Конвенции против пыток...» не приведено. Основным отличием от пыток жестокого и унижающего достоинство обращения и наказания является то, что такое обращение и наказание применяется без тех целей, что указаны в статье 1 Конвенции.

Под жестоким обращением следует понимать такое обращение, которое было связано с неоправданным применением физической боли, существенного физического неудобства, помещения в условия, неблагоприятные для осуществления функций человеческого организма, при задержании, доставлении, содержании в органах внутренних дел лица, проведении в отношении него оперативно-следственных мероприятий, в случае, если такая боль не причинила ему страданий и не была сильной.

Под жестоким наказанием следует понимать наказание, которое также оказалось связанным с неоправданным причинением физической боли, если такая боль не была сильной и не повлекла страданий.

Под унижающим достоинство обращением следует понимать такое обращение в процессе задержания, доставления, содержания в органах внутренних дел, местах содержания под стражей лица, проведении в отношении него оперативно-следственных мероприятий, которое не было связано с причинением ему физической боли, однако повлекло его неоправданное унижение перед другими лицами, либо в собственных глазах, либо, хотя в момент

применения и не рассматривалось им или иными лицами, как унижительное, поставило его в условия, не соответствующие принятым в нашем обществе условия человеческого существования.

Под унижающим достоинство наказанием следует понимать такое наказание, которое связано с помещением наказуемого в условия, затрудняющие нормальную жизнедеятельность человеческого организма, либо направленное на неоправданное и существенное понижение социального статуса наказуемого.

Следует также иметь в виду, что жестокое обращение и наказание могут носить только умышленный характер, то есть причинитель вреда должен осознавать причинение им боли или страданий. В то же время унижающее достоинство обращение и наказание могут носить, как умышленный, так и неумышленный, то есть причинитель вреда может и не осознавать общественно опасный характер своего действия или бездействия.

Участники НППМ посещают:

– учреждения, исполняющие наказания (исправительное учреждение, следственные изоляторы, гауптвахты гарнизонов, отделения гарнизонных гауптвахт), и иные организации, определяемые законами Республики Казахстан для посещения данными участниками (далее – превентивные посещения);

– организации для принудительного лечения (специализированные противотуберкулёзные организации, наркологические организации для принудительного лечения, психиатрические стационары для применения принудительных мер медицинского характера (для принудительного лечения психиатрический стационар общего типа, психиатрический стационар специализированного типа, психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением) и иные организации, определяемые законами Республики Казахстан для посещения данными участниками (далее – превентивные посещения);

а) наркологические организации для принудительного лечения и иные организации, определяемые законами Республики Казахстан для посещения данными участниками (далее – превентивные посещения);

б) специальные учреждения и помещения, обеспечивающие временную изоляцию от общества, а также иные организации, определяемые законами Республики Казахстан для посещения данными участниками (далее – превентивные посещения);

в) центры адаптации несовершеннолетних, специальные организации образования, организации образования с особым режимом содержания и иные организации, определяемые законами Республики Казахстан для посещения данными участниками (далее – превентивные посещения).

Сроки и перечень учреждений, подлежащих превентивным посещениям, в пределах выделенных бюджетных средств определяется Координационным советом.

Участниками НППМ являются:

– уполномоченный по правам человека, а также участники, отбираемые Координационным советом:

- члены общественных наблюдательных комиссий;
- общественных объединений, осуществляющих деятельность по защите прав, законных интересов граждан;
- юристы;
- социальные работники;
- врачи.

Участник НППМ вправе:

1) получать информацию о количестве лиц, содержащихся в учреждениях, подлежащих превентивному посещению, количестве таких учреждений и их месте нахождения;

2) иметь доступ к информации, касающейся обращения с лицами, содержащимися в учреждениях, подлежащих превентивному посещению, а также условий их содержания;

3) осуществлять превентивные посещения в установленном порядке в составе сформированных групп;

4) проводить беседы с лицами, содержащимися в учреждениях, подлежащих превентивным посещениям, и (или) их законными представителями без свидетелей, лично или при необходимости через переводчика, а также с любым другим лицом, которое, по мнению участника национального превентивного механизма, может предоставить соответствующую информацию;

5) беспрепятственно выбирать и посещать учреждения, подлежащие превентивному посещению;

6) принимать сообщения и жалобы о применении пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

Участник НППМ является независимым при осуществлении законной деятельности.

Ответственность участников НППМ, установленная законами Республики Казахстан, следует за нарушение положений действующего законодательства Республики Казахстан, включая разглашение сведений о частной жизни лица, ставших известными им в ходе превентивных посещений, без согласия данного лица.

Превентивные посещения проводятся группами, формируемыми Координационным советом из участников НППМ, в соответствии с правилами, утверждаемыми Правительством Республики Казахстан по согласованию с Уполномоченным по правам человека.

При формировании групп для превентивных посещений запрещена дискриминация участников

НПМ по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам.

Безопасность участников НПМ обеспечивает администрация учреждений, подлежащих превентивному посещению.

В случае неправомерных действий участников НПМ руководитель администрации учреждений, подлежащих превентивному посещению, письменно информирует Уполномоченного по правам человека.

По результатам каждого превентивного посещения от имени группы составляется письменный отчет по форме, утверждённой Координационным советом, который подписывается всеми членами группы, осуществившей превентивное посещение. Член группы, имеющий особое мнение, оформляет его письменно и прилагает к отчёту.

Превентивное посещение, независимо от типа учреждения и вида самого посещения, должно соответствовать цели, определённой мандатом. Не следует забывать, что пытка как преступление не носит случайного характера и очень часто причиной для совершения такого преступления служит никем не пресечённое унижение человеческого достоинства (на ранних стадиях складывающихся взаимоотношений), трансформировавшееся в жестокое обращение. Именно поэтому членам НПМ необходимо подвергать изучению и проверке ряд аспектов работы государственных учреждений, характеристика которых позволит утверждать (или, наоборот) о необходимости проведения превентивных мероприятий для сотрудников.

В стране, конечно, предпринимались и предпринимаются в настоящее время различные по своей значимости и действенности шаги по мониторингу прав человека в государственных учреждениях. Однако государственный институт и механизм защиты и обеспечения неприкосновенности человеческого достоинства, свободы от пыток, и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания создан впервые. Государственные учреждения, которые посетят сейчас или в недалёком будущем участники НПМ, различны по своему назначению, подчинены различным ведомствам и, что немаловажно, не смотря на двадцатилетний срок независимости государства, всё ещё переживают процесс реформирования и становления. В связи с этим обстоятельством, особое внимание следует уделить государственным учреждениям, в которых проживают, временно находятся, отбывают наказание, проходят стационарное (амбулаторное) лечение, в том числе совмещённое с образованием, получают среднее образование (с проживанием в учреждении) граждане Казахстана, лишённые свободы.

Руководители государственных учреждений, властных органов, ведомств и соответствующих служб, выполняющих проверки, осуществляющих контрольные функции в таких учреждениях, ответственны за всё, что происходит в стенах того или иного учреждения с человеком, находящимся там не по своей воле или в силу обстоятельств. Это ответственность за жизнь человека, его безопасность, состояние здоровья, реализацию прав и свобод, предусмотренных действующим в Республике Казахстан законодательством. Для того чтобы обеспечить соответствие учреждений стандартам или нормам действующего законодательства назначению, соответствие условий труда (службы) работающих в них (проходящих службу) людей, соответствие условий содержания и проживания для тех кто содержится или проживает (временно, постоянно или краткосрочно), различные государственные органы призваны и выполняют свои контрольные функции, проверяя разные аспекты функционирования государственных учреждений.

Однако, в отличие от проверок и контроля, НПМ и посещение его участниками государственного учреждения предполагает несколько другой алгоритм подготовки, проведения его как такового и, что наиболее отлично, последующей работы с результатами. В этом смысле НПМ сродни исследованию, предполагающему продолжение действий и принятие необходимых решений на различных уровнях. Эти уровни от руководителя учреждения до принятия или изменения законодательства, относящегося к правовому регулированию в сфере предотвращения пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания парламентом Республики Казахстан.

Кроме того, участники НПМ, проводящие превентивные посещения (визиты), представители некоммерческих (неправительственных) организаций, их опыт, квалификация и непредвзятость позволяют говорить о большей объективности исследования или изучения ситуации. Не исключается последующая работа государственных органов на основе исследований, проведённых некоммерческой организацией самостоятельно в виде точечного мониторинга прав человека в отдельном учреждении. Однако Уполномоченному по правам человека в РК в период становления НПМ в Республике Казахстан, как государственному органу, основывающему свои действия на таких исследованиях, следует пристально изучить инструментарий, используемый некоммерческой организацией, состав группы, проводившей исследование, опыт членов группы и квалификацию. И, таким образом, совершенствовать НПМ, используя наработанный опыт участников НПМ, а также опыт некоммерческих организаций.

Что касается государственных учреждений, которые подлежат превентивным посещениям, то «полярная критика» присутствует всегда. Конфликт воз-

никает уже потому, что со стороны персонала присутствует принуждение к выполнению законом предусмотренных требований. Проявления этого конфликта перманентны и иногда приводят к взрывным последствиям. Именно поэтому вся информация, полученная из одного источника, всегда подлежит проверке и сравнению. Проверка деятельности учреждения, осуществляемая по поддержанию человеческого достоинства, даст ответы на некоторые вопросы, связанные с определённой в дальнейших действиях. Не следует забывать о том, что внутри групп, называемых нами условно «Контингент» и «Персонал», конфликтные ситуации тоже неизбежны и зачастую приводят к нарушениям прав человека и унижению человеческого достоинства.

Взаимодействие в проведении превентивных посещений участниками НПМ и мониторинговых исследований, проводимых правозащитными некоммерческими организациями, а также государственными органами (в том числе) будет способствовать становлению НПМ в Республике Казахстан. Сотрудничество в таком аспекте будет способствовать повышению профессионализма участников НПМ, представителей некоммерческих организаций, осуществляющих мониторинговые исследования в государственных учреждениях Республики Казахстан различных ведомств, в том числе детских.

Целью Закона РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Рес-

публики Казахстан по вопросам создания национального превентивного механизма, направленного на предупреждение пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания» является закрепление в качестве Национального превентивного механизма системы регулярных посещений Уполномоченным по правам человека, общественными наблюдательными комиссиями и общественными объединениями исправительных учреждений и следственных изоляторов, учреждений, в которых осуществляется принудительное лечение больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, специальных учреждений, обеспечивающих временную изоляцию от общества, центров адаптации несовершеннолетних, специальных организаций образования и организаций образования с особым режимом содержания.

Создание сильного закона «О Национальном превентивном механизме» – это не только гарантия эффективности борьбы с пытками, но и поддержка политического имиджа Казахстана. Отсутствие серьёзного механизма, как инструмента превенции пыток, даст возможность для проведения политических нападков и спекуляций на почве пыток с различных сторон, учитывая ратификацию Казахстаном Факультативного Протокола к Конвенции против пыток, а, следовательно, подтверждение всех обязательств, налагаемых на государство этим протоколом.

Список использованной литературы:

- 1. Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам создания Национального превентивного механизма, направленного на предупреждение пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания».*
- 2. Информационный бюллетень уполномоченного по правам человека в Республике Казахстан. Бюллетень зарегистрирован в Министерстве культуры, информации и спорта Республики Казахстан. Свидетельство № 5583-Ж от 25.11.2004 г.*
- 3. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».*
- 4. Конституция Республики Казахстан.*
- 5. Положение о наркологической организации для принудительного лечения, утвержденное приказом Министра здравоохранения РК от 10 июня 2011 года № 383.*
- 6. Постановление Правительства Республики Казахстан от 2 сентября 2003 года № 889 «Об утверждении натуральных норм питания и материально-бытового обеспечения подозреваемых, обвиняемых и осужденных, а также Правил оказания помощи осужденным, освобождаемым от отбывания наказания».*
- 7. Постановление Правительства Республики Казахстан от 7 марта 2012 года № 297 «Об утверждении норм питания, обеспечения одеждой, обувью и мягким инвентарем несовершеннолетних, содержащихся в специальных учреждениях и организациях».*
- 8. Правила внутреннего распорядка в наркологической организации для принудительного лечения больных, утвержденные приказом Министра здравоохранения РК от 10 июня 2011 года № 383.*
- 9. Правила организации принудительного лечения больных заразной формой туберкулеза и режима пребывания в специализированных противотуберкулезных организациях, утвержденных приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 17 ноября 2009 года № 729.*
- 10. Правила посещения учреждений, исполняющих наказания, следственных изоляторов, утвержденные приказом Министра внутренних дел РК от 29 марта 2012 года № 182.*
- 11. Приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан от 1 июня 2002 года № 385 «Об утверждении Правил внутреннего распорядка изоляторов временно содержания органов внутренних дел».*
- 12. Уголовно-исполнительный кодекс РК.*
- 13. Универсальный периодический обзор по правам человека. – Астана, 2014.*

УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В НАРКОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

М.Ш. Кисина

врач – методист организационно-методического отдела РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Казахстан)

Одним из путей повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи является внедрение системы управления рисками (риск-менеджмент), которая позволяет выявить, оценить последствия и выработать тактику противодействия, направленную на ограничение случайных событий, наносящих физический и моральный ущерб организации, её персоналу и пациентам.

Субъективное ощущение безопасности у персонала, называемое «мнимым благополучием», связано с тем, что, несмотря на большое число инцидентов в учреждениях здравоохранения любого уровня, большая часть из них заканчивается благоприятно, без причинения вреда персоналу и пациентам. Только незначительная часть случаев заканчивается причинением существенного вреда здоровью человека и даже его смерти. В подобной ситуации явная причинно-следственная связь между дефектами деятельности персонала, организации труда и возникновением причинения вреда здоровью пациентов не выявляется. Низкая частота тяжёлых исходов является основной причиной того, что в отношении этих событий у персонала отсутствует настороженность, и они продолжают совершать ошибки и допускать дефекты в оказании медицинской помощи.

Для формирования устойчивости организации к происшествиям, несчастным случаям, потерям была сформирована концепция управления рисками. Она позволяет выявить скрытые источники опасности и выработать меры противодействия. За рубежом широта внедрения систем управления рисками очень высока. Хотя система контроля качества медицинской помощи в Республике Казахстан (РК) разработана и утверждена, но литературные источники свидетельствуют о неблагополучии в части причинения вреда здоровью пациентов вследствие различных происшествий. Проведённый анализ статей не выявил в Республике Казахстан публикаций об успешном внедрении систем управления рисками.

В зарубежных странах приняты стандарты, позволяющие медицинской организации выбрать наиболее оптимальную форму построения системы безопасности пациентов. Этому способствуют созданные в различных странах национальные агентства по безопасности медицинской помощи.

Системный анализ проблемы управления рисками свидетельствует о её комплексности. Причины возникновения ошибок имеют человеческий и системный компонент. Исследования показали, что

человеческий фактор играет важную роль в возникновении дефектов, частота ошибок персонала варьирует от 30% до 80%. Показано, что стимулирование персонала к внимательности, осмотрительности не эффективны – человеческие ошибки неотвратимы. Скепсис относительно эффективности данного подхода выражается фразой: «...мы не в состоянии изменить сущность людей, но мы в состоянии изменить сущность организаций, в которых работают люди». Например, если существуют ошибки в выборе лекарственных препаратов, имеющих сходные упаковки и располагающиеся в одном месте, то с позиции человеко-ориентированного подхода решение проблемы основано на обучении персонала, выделении ответственных и наказании провинившихся, допустивших подобную ошибку. В противоположность ему системный подход ориентирован на изменение условий – два препарата должны храниться в двух разных местах, иметь различную цветовую маркировку.

Конечно, в любой организации есть системы предотвращения ошибок. Многие дефекты не реализуются только благодаря их действию. В условиях низкой культуры безопасности, плохой организации труда, перенапряжения персонала могут возникать ситуации, когда эти барьеры не эффективны.

Основные термины и определения, используемые в системе управления рисками

Безопасность пациентов (patient safety) – предотвращение неблагоприятных исходов или повреждений во время процесса лечения или уменьшение ущерба в случае их наступления (Национальный фонд безопасности пациентов США).

Риск (risk) – это событие или группа случайных событий, наносящих ущерб объекту, обладающему данным риском. Характерной чертой случайного наступления события является невозможность точно определить время и место его возникновения.

Инцидент, происшествие (incident) – неожиданное и непреднамеренное событие, которое привело к причинению вреда пациенту или медицинскому персоналу, включая смерть, инвалидность, повреждение, заболевание и т.д.

Неблагоприятное событие (adverse event) – вред здоровью пациента, связанный с оказанием медицинской помощи, а не с осложнением уже имеющегося заболевания или травмы при условии адекватного лечения.

Ошибка (error) – дефекты, упущения, ошибки, нарушения, которые привели к инциденту.

Рискованная ситуация или промах (nearmisses) – когда действия или бездействия медицинского персонала могли бы привести к нанесению вреда пациенту, но этого не произошло в результате вовремя предпринятых профилактических мер или просто благодаря счастливой случайности.

С позиции этих определений, перелом бедренной кости пациента в результате падения в медицинском учреждении может быть рассмотрен как инцидент (падение пациента), который привёл к неблагоприятной ситуации (перелом бедренной кости) в силу ошибки (невнимательности персонала). В случае если пациент упал, но без последствий, такой инцидент завершился бы рискованной ситуацией.

Неблагоприятными событиями в наркологической практике могут быть нежелательные лекарственные реакции, отравления при назначении некорректной дозы психотропного лекарственного вещества, возникновение внутрибольничной инфекции.

Неблагоприятные события могут быть вызваны не только непосредственным проведением медицинских манипуляций и вмешательств, но и быть косвенным следствием бездействия или недостаточного внимания к пациентам: угроза жизни пациентов в результате проноса и употребления психоактивных веществ (ПАВ) в условиях стационара, травмы пациентов при падениях в палатах и коридорах больниц; травмы пациентов на динамических сессиях и спортивно-оздоровительных мероприятиях и т.д.

В своей деятельности врач постоянно сталкивается с риском развития нежелательных реакций лекарственных препаратов; осложнений заболеваний; неблагоприятных исходов. Любой риск имеет две основные характеристики: вероятность и ущерб. Например, риск заражения ОРВИ или ушиба высок, однако среднестатистический ущерб эквивалентен временной утрате трудоспособности. В тоже время риск возникновения анафилактического шока в ответ на введение лекарственного препарата мал, однако ущерб высок, поскольку может закончиться летальным исходом больного.

Как правило, реализация случайного события возможна через последовательность этапов, именуемых сценарием. На каждом из этапов развитие случайного события может остановиться или продолжиться. Зная вероятности развития событий на этапах, можно просчитать вероятность сценария.

Риски могут быть связаны с процессом оказания медицинской помощи:

- диагностические (риски некорректной диагностики, дефекты информационного взаимодействия, и т.д.);
- лечебные (риски фармакотерапии, риски взаимодействия специалистов и преемственности оказания медицинской помощи, риски

развития осложнений и нежелательных лекарственных реакций);

- реабилитационные (дефекты реабилитации);
- пребывание пациента в стационаре (падение, возникновение нежелательных событий).

Риски вспомогательных процессов могут быть связаны:

- а) с финансами (нехватка средств, не предоставление отчётов в срок);
- б) со снабжением материальными ресурсами (отсутствие необходимых медикаментов, отключение электроэнергии, воды);
- в) с питанием больных (некачественные продукты питания, задержки, пищевые отравления);
- г) с уборкой помещений учреждения (некачественная уборка, возникновение внутрибольничных инфекций) и др.

Сущностью риск-менеджмента является построение системы мер внутри организации по противодействию рискам. С позиции западных специалистов, необходимо чётко выделять два подхода к управлению рисками: человеко-ориентированный и системный (организационный). Человеко-ориентированный подход фокусируется на индивидуальных ошибках, связанных с забывчивостью, некомпетентностью, невнимательностью или аморальностью. Организационный или системный подход концентрируется на условиях, в которых работают люди, и основан на построении системы защиты, которая предотвращает ошибки или компенсирует их последствия.

В российских литературных источниках управление риском трактуется односторонне. Система мер, целью которых является уменьшение повреждающего или уничтожающего воздействия опасности на здоровье, жизнь, имущественное или финансовое положение рискующего и т.д., относится к управлению рисками. По мнению российских учёных, управление риском для организатора здравоохранения следует рассматривать с позиции системы здравоохранения. В этом случае её можно определить как комплекс систем и методов, направленных на обеспечение безопасности медицинской организации: пациентов, персонала и материальных объектов: оборудования, помещений.

В управлении рисками выделяют различные системы и методы, которые помогают специалисту выявлять инциденты, анализировать причины их появления и противодействовать им. Для сбора первичной информации и мониторинга в организации должна быть система мониторинга и выявления инцидентов. Система анализа инцидентов включает в себя исследование причин и разработку мер противодействия инцидентам. Координирующая система должна обеспечивать эффективную коммуникацию, которая позволяет передавать информацию, накопленный опыт, методы борьбы с инцидентами

и их последствиями между отделениями, органами управления здравоохранения различного уровня.

К *системе мониторинга инцидентов* относятся: регистрация инцидентов (incident reporting); регистрация клинических происшествий (occurrence reporting); скрининг клинических происшествий (occurrence screening). Методы анализа информации по инцидентам включают: оценку риска (risk assessment); анализ причин (root cause analysis); анализ существенных событий (significant event analysis); дерево решения инцидентов (incident decision tree). От умения корректно и правильно использовать эти методы зависит эффективность построенной системы управления рисками в организации.

Управление рисками мультидисциплинарная задача и включает в себя всех специалистов, которые работают в медицинском учреждении: врачи, медсестры, лаборанты, медицинские инженеры, администраторы и др. Важным источником информации по безопасности медицинской помощи являются пациенты. В частности, они могут оказывать помощь в обеспечении безопасности фармакотерапии, сообщая о тех или иных дефектах. Показано, что пациенты более терпимо относятся к ошибкам, если им приносят извинения быстро, полно, сочувственно в медицинском учреждении.

В разных странах приняты различные подходы к построению организационной структуры системы управления риском. В Шотландии для обеспечения безопасности пациентов функционирует национальное агентство по безопасности пациентов (National Patient Safety Agency, NPSA) и агентство по улучшению качества (NHS Quality Improvement Scotland, NHSQIS). Подобные агентства по безопасности созданы и в других европейских странах. В задачу подобных агентств входит поддержание и совершенствование системы мониторинга инцидентов, распространение опыта обеспечения безопасности пациентов (издание бюллетеней по безопасности), издание и пересмотр методических рекомендаций, проведение семинаров.

В литературе описан пример построения системы управления риском на уровне организации. В частности, в компании Roche (Рош) создан департамент риск-менеджмента, отслеживающий развитие рисков, обновляющий каталог рисков, с которыми сталкивается компания и её подразделения. Визуализация риска позволяет правлению компании повысить эффективность принимаемых решений, обеспечить устойчивость работы компании.

Основой управления риском является система или набор мероприятий, направленных на анализ всех инцидентов, связанных с безопасностью пациентов. Международные эксперты, работающие в сфере безопасности пациентов, определили, что для выявления и оценки ошибок и неблагоприятных событий в медицине наиболее оптимально применение следующих методов:

- анонимный сбор информации об инцидентах;
- ретроспективный анализ медицинской документации;
- проведение опросов (интервьюирование) медицинского персонала и пациентов;
- непосредственное наблюдение за процессом оказания медицинской помощи;
- отчётность сотрудников организаций здравоохранения об ошибках и неблагоприятных событиях;
- анализ жалоб и судебных исков пациентов;
- компьютерный мониторинг электронных баз медицинских данных;
- патологоанатомические исследования;
- проведение клиничко-анатомических конференций.

В силу отсутствия законодательного требования в среднестатистической медицинской организации они не регистрируются или регистрируются неэффективно, или не используются. Тем не менее, в этих скрытых данных имеется полезная информация. Результаты исследований зарубежных авторов показывают, что подобный подход эффективен, поскольку позволяет выявить скрытые риски, которые нигде не регистрируются и не исследуются. Соответственно, первостепенной задачей управления рисками является построение системы мониторинга инцидентов (системы добровольных отчётов по инцидентам).

Система отчётов об инцидентах может быть внедрена на различных уровнях: на национальном уровне, на уровнях региональном и учрежденческом. Внутри учреждения возможна работа на уровне отделений, специалистов. В США существуют национальные агентства, которые имеют систему мониторинга инцидентов, и локальные команды и агентства, которые имеют свои системы мониторинга инцидентов.

Метод выявления дефектов медицинской помощи и рискованных ситуаций на основе спонтанных сообщений эффективен. Такой подход показал свою эффективность для изменения культуры безопасности в организации, позволил персоналу учиться на своих ошибках, что в конечном итоге привело к повышению безопасности медицинской помощи. Однако он может работать только при достаточной мотивации персонала к сообщению. Метод имеет невысокую стоимость и небольшие затраты времени. Однако результативность систем управления риском на основе подобной отчётности очень низкая. Медицинские работники в 50-96% случаев не информируют о неблагоприятных событиях и ошибках, возникающих в процессе оказания медицинской помощи.

Однако в условиях Республики Казахстан любое добровольное сообщение о дефектах приведёт к проверкам, штрафам и предписаниям. Поэтому

персонал полностью демотивирован к мониторингу рисков и подаче сообщений о дефектах. В организации должна быть политика, отражающая открытость по поводу инцидентов. Необходимо также поощрять пациентов к участию в подаче информации о деятельности врачей.

В учреждении здравоохранения информация в значительной мере раздроблена, каждый отдел имеет свои типы инцидентов. Источником информации по инцидентам может быть отдел экспертизы, который выявляет случаи дефектов, анализирует жалобы пациента. Инциденты могут быть выявлены при проведении обходов, патологоанатомических вскрытий. Средним медицинским персоналом могут регистрироваться случаи на посту, в учреждении в течение ночного дежурства, в палате, при общении с родственниками. Необходимо стремиться к объединению этих потоков информации и их унификации.

Анализ инцидентов и их исследование включает в себя сбор дополнительной информации, использование различных инструментов анализа (анализ причин, построение матрицы рисков и т.д.).

Анализ первичной медицинской документации является доступным источником информации об инцидентах при оказании медицинской помощи. В условиях Республики Казахстан анализу могут быть подвергнуты медицинская карта стационарного больного или карты амбулаторного наблюдения. Определяется основа проведения исследования: доля карт, планируемая для проведения аудита, частота и порядок выемки документации, метод рандомизации для обеспечения репрезентативности выборки.

Для повышения эффективности поиска и повышения вероятности выявления инцидентов могут быть определены критерии, по которым первичная медицинская документация отбирается. Эти критерии связаны с неблагоприятными событиями: увеличение досрочной выписки из программ стационарной медико-социальной реабилитации; неблагоприятные исходы при оказании медицинской помощи; снижение эффективности стационарных программ медико-социальной реабилитации (МСР) и др.

Отобранные карты стационарного больного направляются врачам-экспертам. Для снижения субъективного фактора может быть реализована перекрёстная проверка. Врачи-эксперты устанавливают и выявляют инциденты, определяют условия их возникновения и возможные причины. По итогам аудита заполняется протокол, который отправляется в службу по управлению качеством медицинской помощи.

Менеджмент риска на основе анализа первичной медицинской документации на настоящий момент применяется редко. В связи с тем, что для выявления нежелательных инцидентов по данным первичной медицинской документации требуется

клиническая и административная подготовка специалистов, соответственно этот метод является затратным.

Исследование и анализ процесса оказания медицинской помощи также является методом анализа и выявления риска. Возможности этого метода могут быть расширены при использовании видеосъёмки. Это позволяет анализировать процесс информации сразу группе экспертов. Метод может использоваться в самых широких областях: анализ деятельности приёмного отделения, лаборатории, уборки помещения и кормления пациентов.

По сравнению с самооценкой своей деятельности метод позволяет выявить в пять раз больше технических дефектов. Однако следует отметить, что широкому использованию в практической деятельности мешают два фактора – высокие требования к экспертам, которые проводят аудит, и высокая стоимость данного метода.

Существенным источником информации об инцидентах являются не только жалобы пациентов, но и судебные иски на медицинское учреждение о возмещении вреда, причинённого здоровью пациентов действиями медицинских работников. Следует отметить, что основным ограничением данного метода является регистрация событий, оказавших вред. При этом не всегда причиной нежелательных лекарственных реакций или событий являются непрофессиональные действия врача. Тем не менее, материалы жалоб и судебных исков содержат много дополнительной информации об условиях и причинах возникновения дефектов.

Однако следует учитывать, что судебные иски подаются лишь в 2,5-3,8% случаев неблагоприятных событий. С использованием данного подхода невозможно выявить ошибки, не приведшие к причинению вреда здоровью, что не позволяет оценить частоту встречаемости и распространённости неблагоприятных событий.

Анализ причин (root cause analysis) – метод, с помощью которого можно выявить главные причины инцидентов и рискованных ситуаций. Существуют различные методологии проведения этого метода, но все они нацелены на выявление: «что произошло», «как произошло», «почему произошло»? Анализ причин проводится, как правило, мультидисциплинарными группами специалистов медицинского учреждения. Обычно такая команда методом последовательных вопросов пытается выявить истинную причину инцидента. Эти находки затем ведут к разработке мер профилактики и противодействия.

Анализ значимых событий (Significant Event Analysis, SEA) используется для минимизации риска и повышения безопасности при оказании первичной медико-санитарной помощи. По методологии он напоминает метод анализа причин. В ряде стран анализ значимых событий входит в обязан-

ность врача общей практики согласно контракту и используется при оценке его деятельности. Значимые события – это любые события, которые специалистами или участниками процесса оказания медицинской помощи понимаются как значимые в процессе оказания медицинской помощи или общей практики.

Анализ значимых событий построен на командной работе врачей общей практики и анализе событий по следующим вопросам: Что произошло? Почему оно произошло? Что было изучено на основе этого события? Что было изменено? Подобный подход аналогичен методу анализа значимых инцидентов (Significant Incident Review, SIR) и анализа критических инцидентов (Critical Incident Review).

Одним из методов риск-менеджмента, внедрённых в медицинскую практику, является дерево решения инцидентов (Incident Decision Tree, IDT), которое, в частности, используется Национальным агентством по безопасности пациентов (NPSA) Великобритании в качестве метода оценки индивидуальной ответственности, системных и управленческих дефектов при возникновении инцидента.

С точки зрения практической реализации, в управлении риском выделяют 5 основных этапов:

- 1) выявление угроз и опасностей;
- 2) оценка и определение, кто и что может быть повреждено и каким образом;
- 3) оценка риска и принятие решений относительно мер предосторожности;
- 4) документальное фиксирование и внедрение;
- 5) пересмотр системы управления риском и обновление.

Поиск угроз и опасностей осуществляется различными способами. Можно провести аудит организации, визуальный осмотр всех участков и рабочих мест. По итогам осмотра составить первичный план угроз. Информацию от персонала и пациентов можно получить с помощью опросов или анкетирования. Часть информации о возможных угрозах может быть получена из клинических руководств, статей, методических рекомендаций. Источником информации могут быть также инструкции к лекарственным препаратам, инструкции к применению изделий медицинского назначения. Другим источником информации об угрозах может служить система информирования о происшествиях. Результаты анализа различных инцидентов, произошедших в учреждении, должны быть в обязательном порядке проанализированы и включены в систему оценки рисков.

Следует учитывать и неявные опасности, которые отсрочены во времени или субъективно не считаются важными. Такими факторами могут быть высокий уровень шума, плохая освещённость, плохая система вентиляции, недостаточная информированность персонала, несовершенная система визуальных указателей. Последствия таких факторов риска

отсрочены, что приводит к субъективной недооценке этих опасностей.

В процессе сбора информации необходимо чётко определять два элемента: кто может пострадать и как пострадать. Любая угроза направлена в отношении какой-либо группы людей. Эту группу необходимо выделить. Поскольку нежелательные события могут быть различными, необходимо чётко представлять их сценарий, а также тип и величину возможного ущерба. Определяется его источник, сценарий реализации, факторы, воздействующие на риск и другие свойства.

Как правило, для выявления риска используется экспертный подход на основе анализа мнения экспертов или рабочей группы. На этапе оценки определяются два количественных параметра: вероятность и размер возможного ущерба. Отдельными категориями пациентов могут быть пациенты с различным уровнем недееспособности, нарушением координации движений; отсутствием конечности и т.д.

После того, как риски, их вероятность и величина вреда определены, приступают к этапу разработки методов минимизации риска. Выбор метода управления риском основывается на минимизации возможного ущерба. Рассматриваются различные управленческие подходы. Данный этап также основывается на экспертном подходе. По характеру воздействия управленческие методы можно разделить на метод снижения риска (минимизация вероятности и ущерба) и на метод сохранения или передачи риска (обеспечение гарантий или страхование).

В медицинской практике снижение риска за счёт минимизации вероятности может осуществляться:

при введении дополнительных систем контроля (например, выписку лекарственных препаратов проверяет фармацевт и клинический фармаколог);

при выявлении триггерных событий (задержка госпитализации, пожилой возраст);

при использовании менее рискованных технологий (например, малоинвазивные вмешательства), препятствии доступу к потенциально опасным объектам и местам (например, использование ограждений, систем контроля доступа);

при перестройке процессов внутри организации для обеспечения невозможности реализации сценария риска;

при использовании средств защиты: маски, очки, специальная обувь;

при использовании средств обеспечения: аптечки первой помощи, дезинфицирующие средства для удаления бактерий.

Уменьшение ущерба может быть реализовано за счёт систем раннего оповещения, обучения персонала и т.д. Сохранение риска может быть осуществлено за счёт создания дополнительного запаса медикаментов, подключения дополнительной энергосистемы.

Важным элементом управления риском является назначение лица, ответственного за риск, из числа управленческого персонала клиники. Кроме того, определяется периодичность пересмотра системы рисков.

Фиксация и внедрение управления рисками – очень важный этап. Все найденные риски необходимо зафиксировать, распространить среди работников учреждения. Результатом подобной работы, как правило, является большое количество замечаний и предложений. Не следует брать сразу за внедрение всех проектов и исполнение всех изменений. Необходимо составить поэтапный план внедрения всех предложенных улучшений.

Пересмотр системы. Любое из учреждений здравоохранения не является стационарной системой. Изменяются требования, внедряются новые технологии, вводится в действие новое оборудование. Соответственно система управления риском должна постоянно пересматриваться и соответствовать организации её структуры, штатам и процессам. Другими словами, система управления рисками должна непрерывно совершенствоваться.

Пересмотр системы должен проводиться как планово, так и при случаях каких-либо изменений в организации. Оптимальным является ежеквартальное проведение пересмотра системы, внесение в неё необходимых корректив.

Исследования, начиная с 80-х годов прошлого века, показали огромную роль «культуры безопасности» (safety culture) в предотвращении медицинских ошибок. В зарубежной литературе, кроме термина «культура безопасности», встречается поня-

тие «безопасный климат», они являются синонимами. Однако первый термин является более предпочтительным, поскольку отражает концепцию, которая впервые использовалась для описания неадекватной системы безопасности, ставшей причиной многих катастроф. Культура безопасности – «это результат индивидуального и группового отношения, восприятия, знаний, шаблонов поведения, который определяет приверженность, а также стиль и навыки управления риском в организации». В рамках концепции культуры безопасности были попытки выделить критерии и измерения этого процесса. Выделяют такие измерения, как климат внутри рабочих групп, удовлетворение работой, управление, условия труда и т.д. Одним из методов повышения безопасности пациентов является создание этических кодексов.

Организация центров управления рисками является приоритетным направлением работы в области безопасности пациентов. В частности, опыт создания центра управления рисками в Италии показал свою высокую эффективность.

Для оценки эффективности системы менеджмента рисков используются различные инструменты. Разработана методология, базирующаяся на специализированных справочниках, которые оценивают ключевые элементы системы управления рисками на основе количественной экспертной оценки.

Таким образом, одним из основных целеполагающих моментов для повышения безопасности оказания медицинской помощи является создание системы управления рисками в системе отечественного здравоохранения.

Список использованной литературы:

1. Бурыкин И.М., Алеева Г.Н., Хафизьянова Р.Х. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи // *Современные проблемы науки и образования.* – Казань, 2013. – № 1.
2. ВОЗ. Восьмой форум по вопросам будущего. Управление безопасностью пациентов. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 38 с.
3. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Организационно-методические аспекты снижения рисков в медицинской практике // *ГлавВрач.* – 2006. – № 2. – С. 6-11.
4. Губанов Р.С. Разработка стратегии риск-менеджмента // *Горный информационно-аналитический бюллетень (научно-технический журнал) (Mining informational and analytical bulletin (scientific and technical journal)).* – 2008. – № 7. – С. 63-67.
5. Рогачев А.Ю. Управление рисками предприятия. Опыт фармацевтической компании // *Проблемы анализа риска.* – 2008. – Т. 5. – № 4. – С. 30-38.
6. Хафизьянова Р.Х., Бурыкин И.М., Алеева Г.Н. Проблема разработки качества оказания медицинской помощи и пути ее оптимизации // *Экономика здравоохранения.* – 2011. – № 11-12. – С. 50-56.
7. Хафизьянова Р.Х., Бурыкин И.М., Алеева Г.Н. Роль индикаторов в оценке качества фармакотерапии и оказания медицинской помощи // *Вестник Санкт Петербургского университета. Сер. 11.* – 2011. – № 4. – С. 103-112.
8. Amoore J., Ingram P. Quality improvement report: learning from adverse incidents involving medical devices // *BMJ: British Medical Journal.* – 2002. – V. 325. – № 7358. – P. 272.
9. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument / Briner M. et al. // *BMC health services research.* – 2010. – V. 10. – № 1. – P. 337.
10. Briner M., Manser T., Kessler O. Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers // *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* – 2012. – URL: www.dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01836.x (дата обращения: 12.08.2012).

-
-
11. Card A.J., Ward J., Clarkson P.J. Successful risk assessment may not always lead to successful risk control: A systematic literature review of risk control after root cause analysis // *Journal of Healthcare Risk Management*. – 2012. – V. 31, № 3. – P. 6-12.
 12. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review / Shojania K.G. et al. // *JAMA*. – 2003. – V. 289, № 21. – P. 2849-2856.
 13. Delay in diagnosis of cancer as a patient safety issue - a root cause analysis based on a representative case report / Vaidyanathan S. et al. // *Patient Saf Surg*. – 2011. – V. 5. – P. 19.
 14. HSE. Five steps to risk assessment / Health and Safety Executive [Электронный ресурс]. – URL: www.hse.gov.uk/pubns/indg163.pdf (дата обращения: 29.06.2012).
 15. Human errors in a multidisciplinary intensive care unit: a 1-year prospective study / Bracco D. et al. // *Intensive Care Med*. – 2001. – V. 27, № 1. – P. 137-145.
 16. Iatrogenic complications in adult intensive care units: a prospective two-center study / Giraud T. et al. // *Crit. Care Med*. – 1993. – V. 21, № 1. – P. 40-51.
 17. Johna S., Tang T., Saidu M. Patient safety in surgical residency: root cause analysis and the surgical morbidity and mortality conference-case series from clinical practice // *Perm J*. – 2012. – V. 16, № 1. – P. 67-69.
 18. Lynn L.A., Curry J.P. Patterns of unexpected in-hospital deaths: a root cause analysis // *Patient Saf Surg*. – 2011. – V. 5, № 1. – P. 3.
 19. Medication safety: using incident data analysis and clinical focus groups to inform educational needs / Hesselgreaves H. et al. // *J Eval Clin Pract*. – 2011. – V. 19, № 1. – P. 30-38.
 20. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety An overview guide for NHS staff [Электронный ресурс]. – URL: www.npsa.nhs.uk/sevensteps (дата обращения: 2.6.2012).
 21. Overview of medical errors and adverse events / Garrouste-Orgeas M. et al. // *Annals of Intensive Care*. – 2012. – V. 2, № 1. – P. 2.
 22. Public Law 109 – 41 – Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 [Электронный ресурс] / U.S Government Printing Office (GPO). – 2005. – URL: www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-109publ41/content-detail.html.
 23. Rates of spontaneous reporting of adverse drug reactions in France / Bügaud B. et al. // *JAMA*. – 2002. – V. 288, № 13. – P. 1588.
 24. Reason J. Human error: models and management // *BMJ*. – 2000. – V. 320, № 7237. – P. 768-770.
 25. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care / Pringle M. et al. // *Occas Pap R Coll Gen Pract*. – 1995. – № 70. – P. i-viii, 1-71.
 26. Teixeira T.C., Cassiani S.H. Root cause analysis: evaluation of medication errors at a university hospital // *Rev. Esc. Enferm USP*. – 2010. – V. 44, № 1. – P. 139-146.
 27. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare / Woloshynowych M. et al. // *Health Technol Assess*. – 2005. – V. 9, № 19. – P. 1-143, iii.
 28. The quality review of the adverse incident reporting system and the root cause analysis of serious adverse surgical incidents in a teaching hospital of Scotland / Khorsandi M. et al. // *Patient Saf Surg*. – 2012. – V. 6, № 1. – P. 21.
 29. The reliability of autopsy diagnostics: inter-observer variation between pathologists, a preliminary report / Veress B. et al. // *Qual Assur Health Care*. – 1993. – V. 5, № 4. – P. 333-337.
 30. The Tuscany's model for clinical risk management / Bellandi T. et al. // *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety: Proceedings on the International Conference on Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety (HEPS 2005)*, 30 March-2 April 2005. – Florence, Italy, 2005. – P. 94-98.
-
-

РЕЗЮМЕ

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.Б. Байкенов

Когнитивно-поведенческая терапия является одной из ведущих теоретических направлений в области психотерапии и психологического консультирования благодаря своей эффективности. В настоящей статье приводится краткий обзор психологических вмешательств в наркологической практике основанных на когнитивно-поведенческих подходах. В статье также обсуждаются перспективы развития и некоторые проблемы данного подхода в клинической практике.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Оценка эффективности психотерапевтического вмешательства: состояние проблемы» рассматривается комплекс вопросов, связанных с технологиями оценки эффективности профессиональной психотерапии. В частности, прорабатываются наиболее сложные методологические проблемы, идентифицированные в данной сфере. Прослеживается взаимосвязь используемых оценочных технологий с этапами развития психотерапии как самостоятельного научно-практического направления. Обсуждаются перспективы разработки научно-обоснованной системы оценки эффективности психотерапевтического вмешательства, а также возможные позитивные результаты использования такой системы.

Ключевые слова: психотерапия, эффективность, оценка, система.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НАРКОЛОГИИ

Ж.К. Мусабекова, Е.Б. Байкенов

Быстрый рост развития информационных и компьютерных технологий открывает новые возможности применения их в сфере здравоохранения – от электронных форм медицинской документации до создания компьютеризированных методов терапии. В этой статье приводится краткий обзор компьютеризированных лечебных технологий в наркологической практике. В статье также обсуждаются положительные стороны использования информационных технологий в клинической практике и вопросы их эффективности.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СОСТОЯНИЯ НАРКОСИТУАЦИИ И НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОВОРА О КОЛЛЕКТИВНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ (ОДКБ)

Д.Д. Невирко

В статье проводится анализ основных показателей наркоситуации в государствах-членах Организации Договора о коллективной безопасности, на основе которого раскрываются особенности механизма противодействия наркомании в сфере профилактики и системного подхода к реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц.

Ключевые слова: наркоситуация, государства-члены ОДКБ, профилактика наркомании, ресоциализация и реабилитация наркозависимых лиц.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К ДИАГНОЗУ РОДИТЕЛЕЙ, ЧЬИ ДЕТИ ИНФИЦИРОВАНЫ ВИЧ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АРВТ

Ю.А. Россинский, Ф.О. Лебедев

В статье приводится дескриптивный анализ психологической адаптации к диагнозу родителей – ВИЧ, чьи дети инфицированы ВИЧ. Настоящее исследование проводилось в рамках проекта ЮНИСЕФ, Таджикистан «Международное консультирование по укреплению психологической поддержки для детей, живущих с ВИЧ, и их родителей в Таджикистане» (2014 г.) для специалистов и ключевых сотрудников, работающих в педиатрических программах ВИЧ/СПИД для детей, живущих с ВИЧ, и их родителей и законных опекунов. В статье описываются стадии принятия диагноза ВИЧ, психологические реакции и феномены, характерные для процесса адаптации к диагнозу, ассоциирующегося со смертельным исходом, а также возможности психологической коррекции данных состояний. В частности описываются такие реакции, как гнев, сопротивление, амбивалентность, отчаяние и др., а также терапевтические стратегии психолога, психотерапевта при этих состояниях.

Ключевые слова: антиретровирусная терапия (АРВТ), психологическая адаптация к диагнозу ВИЧ, лица, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), дети, живущие с ВИЧ (ДЖВ), стигма, внутренняя стигма.

SUMMARY

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN NARCOLOGICAL PRACTICE

E.B. Baykenov

Cognitive-behavioral therapy is one of the leading theoretical directions in the field of psychotherapy and counseling due to its effectiveness. This article provides an overview of psychological interventions in drug treatment practice based on cognitive behavioral approaches. The article also discusses the prospects of development and some issues of this approach in clinical practice.

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION: STATE OF THE PROBLEM

A.L. Katkov

In state «Assessment of efficiency of psychotherapeutic intervention: state of the problem» by A.L. Katkov, is considered a range of issues related to technology of assessment of the effectiveness of occupational therapy. In particular, worked out the most complex methodological problems identified in this area. Traced the relationship of used valuation techniques with the stages of development of psychotherapy as an independent scientific and practical direction. Discussed prospects for the development of evidence-based evaluation of the effectiveness of the system of psychotherapeutic intervention, as well as the possible positive effects of such a system.

Keywords: psychotherapy, efficiency, assesment, system.

INFORMATION TECHNOLOGY IN NARCOLOGY

Zh.K. Musabekova, E.B. Baykenov

The rapid growth of information and computer technology opens up new possibilities of their application in health care – from electronic forms of medical documentation to create a computerized therapy methods. This article provides an overview of computer technology in drug treatment practice. The article also discussed the positive aspects of the use of information technology in clinical practice and question their effectiveness.

THE MAIN TRENDS OF THE DRUG SITUATION AND SOME OF THE ISSUES OF REHABILITATION AND RESOCIALIZATION IN THE MEMBER STATES OF THE COLLECTIVE SECURITY TREATY ORGANIZATION (CSTO)

D.D. Nevriko

The article analyzes the main indicators of the drug situation in the member states of the Collective Security Treaty, on the basis of which reveals the features mechanism to combat drug abuse in the area of prevention and systematic approach to rehabilitation and resocialization of drug addicts.

Keywords: drug situation, the CSTO member states, drug prevention, re-socialization and rehabilitation of drug addicts.

**PSYCHOLOGICAL ADAPTATION TO THE DIAGNOSIS OF PARENTS
WHOSE CHILDREN ARE INFECTED WITH HIV AND ADHERENCE
TO ANTIRETROVIRAL THERAPY**

Y.A. Rossinsky, F.O. Lebedev

The article provides a descriptive analysis of psychological adaptation to the diagnosis of HIV parents whose children are infected with HIV. The present research was carried out in the framework of UNICEF Tajikistan «International Consultancy on Strengthening Psychosocial Support for Children Living with HIV (CLWH) and Their Parents in Tajikistan» (2014) for the health workers and other key service providers in Pediatric AIDS programme to provide psychosocial support for CLWH and their parents and caretakers. This article describes the stages of making a diagnosis of HIV, psychological reactions and phenomena characteristic of the adaptation process to conditions associated with a fatal outcome, and possibility of psychological correction of these conditions. In particular, such reactions are described as anger, resistance, ambivalence, despair etc., and therapeutic strategies by psychologist, psychotherapist under these conditions.

Keywords: Antiretroviral Therapy (ART), psychological adaptation to the diagnosis of HIV, people living with HIV (PLHIV), children living with HIV (JW), stigma, self-stigma.