

---

---

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XXIV  
№ 1-2  
2018  
Москва – Павлодар**

---

---

---

---

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков;  
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;  
кандидат медицинских наук Н.А. Негай; профессор, доктор медицинских наук  
А.Л. Катков; доктор медицинских наук К.С. Алтынбеков; кандидат медицин-  
ских наук Г.А. Садвакасова; О.С. Применко (ответственный секретарь); профес-  
сор О.Т. Жужжанов; доцент, кандидат медицинских наук Э.Т. Жусупова; кандидат  
психологических наук Л.А. Бикетова; кандидат медицинских наук А.А. Кусайнов;  
Л.Н. Маркина (редактор); доцент, доктор медицинских наук Н.И. Распопова; про-  
фессор, доктор медицинских наук Б.Б. Джарбусынова; кандидат медицинских наук  
Б.Ж. Нуралиев

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск);  
профессор М.Е. Бурно (Москва); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завья-  
лов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск);  
доктор психологических наук, профессор Р. Кочюнас (Вильнюс); доктор медицин-  
ских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Ку-  
приянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден)

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

УЧРЕДИТЕЛИ:

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

*Всемирная организация здравоохранения*  
INSPIRE: семь стратегий по ликвидации насилия в отношении детей 5-37

**Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига**

### ПСИХОТЕРАПИЯ

*Катков А.Л.*  
Мета-модель социальной психотерапии – как третий путь развития профессиональной психотерапии в Российской Федерации 38-43

**РГП на ПХВ  
«Республиканский  
научно-практический  
центр психического  
здоровья»**

### ПСИХИАТРИЯ

*Койшин Б.Т., Ергабылов М.Б.*  
Судебно-психиатрический аспект шизофрении, ассоциированной с алкогольной зависимостью 44-46

*Койшин Б.Т., Мартемьянов Н.В., Изотова Н.Г., Мукашева Г.Р.*  
О соматоцентрическом подходе к объяснению и изучению соматоформных расстройств (краткий критический очерк) 46-48

### ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

**Том XXIV  
№ 1-2  
2018 год**

*Катков А.Л.*  
Страсти по закону о психологической помощи в Российской Федерации 49-65

**выходит  
4 раза в год**

*Резюме* 66-67

---

---

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

**FOUNDERS:**

## TABLE OF CONTENTS

### PROGRAM MATERIALS

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

*World Health Organization*  
INSPIRE: seven strategies for ending violence against  
children 5-37

### PSYCHOTHERAPY

**RSE on REU  
«Republican Scientific  
and Practical  
Center of Mental Health»**

*Katkov A.L.*  
Meta-model of social therapy – as the third way of devel-  
opment of professional therapy in the Russian Federation 38-43

### PSYCHIATRY

*Koyshin B.T., Ergabylov M.B.*  
Forensic psychiatric aspect of schizophrenia associated  
with alcohol addiction 44-46

*Koyshin B.T., Martemjanov N.V., Izotova N.G., Mukashe-  
va G.R.*  
About somatocentric approach to explanation and re-  
searching of somatoformic disorders (short critical essay) 46-48

### HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.

**Volume XXIV  
№ 1-2  
2018**

*Katkov A.L.*  
Passion for law of psychological assistance in the Russian  
Federation 49-65

**Published 4 times  
in a year**

*Summary* 66-67

---

---

---

---

## ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ISBN 978-92-4-456535-3

### INSPIRE СЕМЬ СТРАТЕГИЙ ПО ЛИКВИДАЦИИ НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

#### *Выражение благодарности*

В создание документа «INSPIRE: семь стратегий по ликвидации насилия в отношении детей» внесли вклад технические эксперты из всех основных ведомств, а также многие другие партнёры.

Координаторами и авторами настоящего документа являются Alexander Butchart (ВОЗ) и Susan Hillis (ЦКПЗ) при участии Angela Burton, которая помогала в подготовке проекта, а затем редактировала и вычитывала готовый вариант.

Etienne Krug (ВОЗ) осуществлял общее стратегическое руководство. Кроме того, свой вклад в создание документа внесли следующие лица и организации:

- дополнительные данные от ЦКПЗ предоставили James Mercy и Linda Dahlberg;
- вклад Глобального партнёрства по ликвидации насилия в отношении детей (End Violence Against Children: The Global Partnership) заключался в предоставлении информации, полученной от Barbara Ammirati, Susan Bissell и David Steven;
- сведения от PEPFAR были получены при участии Janet Saul;
- сведения от инициативы «Совместные усилия на благо девочек» (Together for Girls) были получены при участии Michele Moloney-Kitts и Rebecca Gordon;
- ЮНИСЕФ предоставила данные, полученные от старшего советника Theresa Kilbane и представителя программы ЮНИСЕФ по защите детей Jeanette Trang; кроме того, дополнительные замечания по отдельным секторам сделали технические специалисты из подразделений, занимающихся вопросами защиты детей, коммуникации в целях развития, инвалидности, раннего развития детей, образования, гендерных аспектов, здравоохранения, социальной адаптации, а также сбора и анализа данных;
- информация от УНП ООН была получена при участии Anna Giudice Saget, Giulia Melotti, Kobie Mulligan и Sven Pfeiffer;
- информация от ЮСАИД была получена при участии Gretchen Bachmann и John Williamson;
- дополнительные данные от ВОЗ/ПАОЗ предоставили Betzabe Butron, Alessandra

Guedes, Alison Harvey, Constanza Hege, Berit Kieselbach, Marcelo Korg и Christopher Mikton при административной поддержке Claire Scheurer;

- данные от Всемирного банка предоставили Diana Arango и Andres Villavoces.

Также выражаем благодарность Kathleen Cravero, Florence Bruce и Brigitte Delay из фонда Oak Foundation за содействие в рецензировании настоящего документа организациями гражданского общества и решении проблем, связанных с процессом рецензирования, а также следующим организациям за высказанные в ходе этого процесса замечания: Африканскому форуму по вопросам политики в отношении детей (African Child Policy Forum); фонду «Дети и насилие: проблемы оценки» (Children and Violence Evaluation Challenge Fund); Форуму по правам ребёнка (Child Rights Forum); Сети помощи детям в кризисной ситуации (Child Protection in Crisis Network); Международной организации по ликвидации детской проституции в туристическом бизнесе в азиатских странах (End Child Prostitution in Asian Tourism International); Европейской сети организаций по борьбе с женским обрезанием (End FGM EU Network); Сети Eurochild; партнёрству «Девочки – не невесты» (Girls Not Brides); Глобальной инициативе за искоренение всех видов телесных наказаний детей (Global Initiative to End all Corporal Punishment against Children); организации Promundo; организациям «Спасём детей» (Save the Children), «Детские деревни – SOS» и World Vision International.

От имени всех участвующих ведомств Всемирная организация здравоохранения хотела бы поблагодарить Центры по контролю и профилактике заболеваний США за щедрую финансовую помощь в разработке и публикации этого документа.

#### *Сокращения*

**ВОЗ:** Всемирная организация здравоохранения

Глобальное партнёрство по ликвидации насилия в отношении детей

**КПР:** Конвенция о правах ребёнка

---

---

**ПАОЗ:** Панамериканская организация здравоохранения

**ЦКПЗ:** Центры по контролю и профилактике заболеваний США

**УНП ООН:** Управление Организации Объединённых Наций по наркотикам и преступности

**ЮНИСЕФ:** Детский фонд Организации Объединённых Наций

**ЮСАИД:** Агентство по международному развитию США

**PEPFAR:** Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом

**TfG:** Together for Girls («Совместные усилия на благо девочек»)

### Предисловие

#### *Ликвидация насилия в отношении детей: настоящий призыв к действию*

Представьте, что однажды утром вы узнаете из выпусков новостей, что учёные обнаружили новую болезнь, которая способна ежегодно поражать до 1 миллиарда детей во всех странах мира. Причём перенёсшим эту болезнь детям на протяжении всей их жизни грозит повышенный риск психических нарушений и тревожных расстройств, хронических заболеваний, таких как заболевания сердца, сахарный диабет и рак, инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, и социальных проблем, таких как правонарушения и наркотическая зависимость. Что бы мы стали делать, если бы такая болезнь действительно появилась?

Беда в том, что она уже существует. Эта «болезнь» – насилие в отношении детей. Один из важных шагов, которые мы должны сделать в первую очередь, – использовать уже имеющиеся фактические данные, чтобы принять срочные, эффективные и последовательные меры для предотвращения этого насилия.

В обществе быстро растёт осознание этой проблемы и стремление предотвратить насилие в отношении всех детей – от новорождённых до восемнадцатилетних. Несмотря на то что для поиска наиболее эффективных способов профилактики насилия в отношении детей потребуются дополнительные вложения сил и средств, уже сейчас мы располагаем достаточным объёмом фактических данных, чтобы остановить насилие и взамен создать для детей безопасную, стабильную и благоприятную среду, в которой они смогут спокойно расти.

Комплекс из семи стратегий, опирающихся на фактические данные, базируется на растущей

уверенности в реальной возможности предотвращать насилие в отношении детей и на все более очевидном единодушии общества в том, что мириться с этим явлением больше нельзя. Разработанный комплекс стратегий поможет объединить усилия разных секторов, чтобы как можно больше людей узнало о том, что, несмотря на различия в уровнях насилия внутри одной страны и в разных странах, ни одно общество не застраховано от этой беды, поскольку насилие в отношении детей встречается повсюду. Этот комплекс будет способствовать активизации деятельности, направленной на предотвращение насилия и на устранение негативных последствий в тех случаях, когда предотвратить насилие не удастся.

В основе комплекса стратегий INSPIRE лежит признание права всех детей на защиту от любых форм насилия, закреплённого в Конвенции о правах ребёнка. Кроме того, этот комплекс ориентирован на борьбу с масштабными и затратными последствиями для здоровья и развития общества, которые влечёт за собой насилие в отношении детей. Он представляет собой важное средство решения задачи 16.2 в перечне Целей в области устойчивого развития, призывающей положить конец всем формам насилия в отношении детей, а также будет полезен для достижения целей 1, 3, 4, 5, 10, 11 и 16, относящихся к вопросам нищеты, медицинской помощи, образования, равноправия полов, безопасной среды и правосудия.

Мы можем и обязаны предотвратить насилие, защитить детей и положительным образом повлиять на широкий спектр медицинских, социальных и экономических проблем, с которыми сталкиваются страны с низким, средним и высоким уровнем доходов. Насилие в отношении детей можно предотвратить, если мировое сообщество будет действовать без промедления, действовать разумно и действовать сообща. В комплексе стратегий представлены пути решения этой задачи, основанные на фактических данных.

Маргарет Чен, генеральный директор, ВОЗ

Thomas Frieden, директор, ЦКПЗ

Susan Bissell, директор, Глобальное партнерство по ликвидации насилия в отношении детей

Carissa Etienne, директор, ПАОЗ

Deborah Birx, международный координатор по вопросам СПИДа (США), PEPFAR

Michele Moloney-Kitts, директор, партнерство «Совместные усилия на благо девочек»

Anthony Lake, исполнительный директор, ЮНИСЕФ

Yury Fedotov, исполнительный директор, УНП ООН

Gayle Smith, администратор, ЮСАИД

Laura Tuck, вице-президент отдела устойчивого развития, Всемирный банк

---

---

---

---

## INSPIRE: общие сведения

INSPIRE\* представляет собой сборник информационных материалов, основанных на фактических данных и предназначенных для всех, кто заинтересован в профилактике насилия в отношении детей и подростков и принятии ответных мер – от государственных деятелей до обычных граждан и от организаций гражданского общества до представителей частного сектора. В этом документе представлен комплекс избранных стратегий, основанных на самых убедительных из имеющихся на сегодняшний день фактических данных и призванных помочь странам и сообществам сосредоточить усилия на профилактических программах и услугах, обладающих наибольшим потенциалом для снижения уровня насилия в отношении детей. В комплекс входят семь следующих стратегий: Implementation and enforcement of laws (Принятие и обеспечение соблюдения нормативных актов); Norms and values (Нормы и ценности); Safe environments (Создание безопасной среды); Parent and caregiver support (Поддержка родителей и воспитателей); Income and economic strengthening (Повышение доходов и улучшение экономического положения); Response and support services (Ответные меры и оказание поддержки); Education and life skills (Обучение и формирование жизненных навыков). Кроме того, в комплекс INSPIRE входят два типа сквозных мероприятий, сочетание которых позволяет связывать между собой и усиливать эти семь стратегий и одновременно оценивать ход их реализации.

Семь стратегий, объединённых комплексом INSPIRE, наиболее эффективны, если реализуются в виде составных частей комплексного многосекторального плана, позволяющего использовать синергизм этих стратегий, поскольку по замыслу разработчиков для взаимного усиления эффекта они должны применяться в комбинации друг с другом. Несмотря на то что заинтересованные стороны во многих странах ведут работу по ликвидации насилия в отношении детей, их усилия не всегда должным образом скоординированы и обеспечены поддержкой, при этом лишь малая часть мероприятий проводится в широком масштабе. В связи с этим на первый план выходят механизмы координации, так как ни один из отдельно взятых секторов не способен реализовать весь комплекс вмешательств, равно как и ни одно правительство не может справиться с растущим уровнем угрожающей детям опасности, выходящей за пределы

государственных границ. Отсюда следует, что для реализации данного комплекса мер необходимо объединение усилий и распространение знаний как внутри отдельных стран, так и между ними.

### *INSPIRE: концепция*

В основу концепции INSPIRE положено представление о мире, в котором все правительства при активном участии гражданского общества и местных сообществ постоянно ведут работу, направленную на профилактику насилия в отношении всех детей и подростков, на принятие ответных мер и на содействие полному раскрытию потенциала молодого поколения при непрерывном мониторинге осуществляемых мероприятий.

Эта деятельность способствует повышению уровня защищённости детей, гарантируемого Конвенцией о правах ребёнка, в соответствии с которой государства-участники обязаны принимать все необходимые законодательные, административные, социальные и образовательные меры для защиты детей от всех форм насилия, пока они находятся на попечении родителей, законных представителей или других лиц, осуществляющих уход за ними. В этой концепции нашла своё отражение насущная необходимость в противодействии тому тяжкому бремени, которое из-за насилия в отношении детей ложится на общественное здравоохранение и социальную сферу.

Комплекс INSPIRE призван помочь странам и сообществам в решении важнейших задач, поставленных в документе, определяющем Цели в области устойчивого развития (ЦУР) до 2030 года и устанавливающим новый круг целей, на которые должны ориентироваться государства-члены ООН при расстановке приоритетов в 2016-2030 годах. В перечень обозначенных в ЦУР задач по противодействию насилию в отношении детей входят задача 16.2, в которой говорится о необходимости «покончить с жестоким обращением, эксплуатацией и торговлей детьми, со всеми формами насилия и пытками в отношении детей»; задача 5.2, призывающая «ликвидировать все формы насилия в отношении всех женщин и девочек в публичной и частной сферах, включая торговлю людьми, сексуальную и иные формы эксплуатации»; а также задача 16.1, требующая «значительно сократить распространённость всех форм насилия и уменьшить показатели смертности от этого явления во всем мире».

Кроме того, семь стратегий комплекса INSPIRE вносят свой вклад в деятельность, направленную на достижение ряда других целей ЦУР, ориенти-

---

---

\* В англоязычной версии публикации слово INSPIRE используется в значении «вдохновить», то есть «воодушевить, побудить к какому-либо действию». В англоязычной версии публикации каждая буква слова INSPIRE служит заглавной в названии каждой из семи стратегий: Implementation and enforcement of laws (Принятие и обеспечение соблюдения нормативных актов); Norms and values (Нормы и ценности); Safe environments (Создание безопасной среды); Parent and caregiver support (Поддержка родителей и воспитателей); Income and economic strengthening (Повышение доходов и улучшение экономического положения); Response and support services (Ответные меры и оказание поддержки); Education and life skills (Обучение и формирование жизненных навыков).

---

---

рованных на устранение факторов риска, связанных с насилием в отношении детей, в том числе целей, касающихся благосостояния, здравоохранения, гендерного равенства, образования, безопасной среды и правопорядка, которая в свою очередь способствует реализации рассматриваемых стратегий. В связи с этим предлагаемые стратегии важно включать в программы профилактики насилия в отношении детей.

### ***INSPIRE: сотрудничество***

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) инициировала подготовку комплекса INSPIRE в сотрудничестве с Центрами по контролю и профилактике заболеваний США, Глобальным партнерством по ликвидации насилия в отношении детей, Панамериканской организацией здравоохранения (ПАОЗ), Чрезвычайным планом президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR), организацией «Совместные усилия на благо девочек», Детским фондом Организации Объединённых Наций (ЮНИСЕФ), Управлением Организации Объединённых Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), Агентством по международному развитию США (ЮСАИД) и Всемирным банком (ведомствами, которые в течение многих лет активизировали усилия по формированию согласованного и основанного на фактических данных подхода к предотвращению насилия в отношении детей).

### **Ликвидация насилия в отношении детей как приоритетная задача**

Насилие, направленное на самых уязвимых членов нашего общества – детей и подростков, – оказывает губительное воздействие и приводит к возникновению самых разных медицинских и социальных проблем (**рисунок 1**). Однако большинство из этих последствий можно прогнозировать и предотвращать за счёт реализации программ, направленных на борьбу с причинами и факторами риска.

### ***Масштабы насилия в отношении детей***

Анализ результатов национальных репрезентативных обследований по распространённости насилия в отношении детей, проведённых в 96 странах, свидетельствует о том, что 1 миллиард несовершеннолетних по всему миру, а это больше половины всех детей от двух до 17 лет, за последний год подвергались эмоциональному, физическому или сексуальному насилию (2).

Несмотря на высокую распространённость, случаи насилия в отношении детей часто утаиваются, остаются незамеченными или не попадают в отчётность. Скрытый характер такого насилия подтверждён документально (3). Так, например, судя по результатам метаанализа глобальных данных, число случаев сексуального насилия, о

которых сообщали сами дети, в 30 раз больше, а число случаев физического насилия – в 75 раз больше, чем цифры, приведённые в официальных отчётах (4, 5).

Риск сексуального насилия особенно велик для девочек. Так, число девочек, которые в своей жизни сталкивались с сексуальным насилием, составляет 18% в сравнении с 8% для мальчиков (4). Виновниками сексуального насилия в отношении девочек оказываются преимущественно лица мужского пола. Кроме того, девочки и девушки чаще подвергаются сексуальному и (или) физическому насилию со стороны полового партнёра; становятся жертвами изнасилования, совершаемого приятелями или незнакомыми людьми; их выдают замуж в детском или раннем возрасте либо принуждают к браку; они становятся предметом торговли в целях сексуальной эксплуатации или использования детского труда; их подвергают обрезанию или калечащим операциям на половых органах. Подобного рода насилие встречается в разных условиях, в том числе там, где детям должны быть обеспечены безопасность и забота – дома, по пути в школу и из школы, в школе и в своих сообществах, а также в условиях гуманитарных кризисов, при вынужденном переселении или в постконфликтных ситуациях.

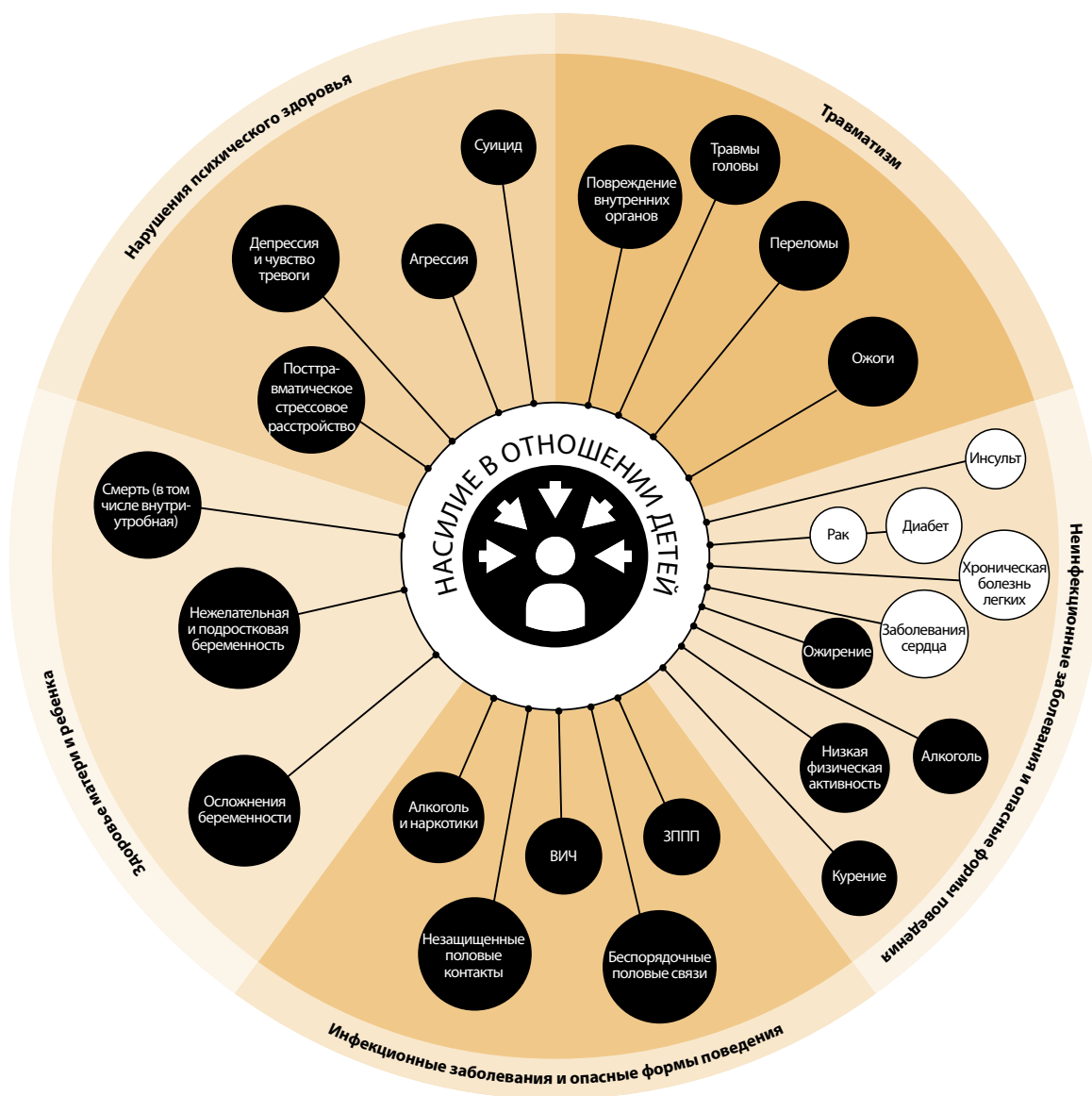
В масштабе всего мира почти **каждая третья** девочка-подросток в возрасте от 15 до 19 лет (84 миллиона человек) была жертвой эмоционального, физического и (или) сексуального насилия, совершаемого её мужем или партнёром (6).

Для мальчиков и юношей выше вероятность стать жертвой или виновником убийства, обычно совершаемого с применением оружия, огнестрельного или холодного (7).

Убийство занимает место в первой пятёрке наиболее частых причин смерти среди подростков, причём 80% жертв и виновников убийств – мальчики и юноши. Кроме того, на каждый случай убийства приходится сотни случаев, в которых жертвы насилия в молодёжной среде получают увечья, и большинство из них – лица мужского пола. Для мальчиков и юношей также велика вероятность стать жертвой или виновником драки или нападения (7).

Данные о высокой частоте соприкосновения девочек и мальчиков с насилием свидетельствуют о тревожной ситуации с той степенью воздействия, которое насилие оказывает на повседневную жизнь детей в отсутствие поддержки или доступа к необходимым услугам. Во многих странах истинный масштаб этой проблемы оказывается сильно заниженным, частично из-за того, что показатели распространённости рассчитываются на основании административных данных, используемых в системах здравоохранения и правосудия, а не на основании результатов национальных об-





Прямое воздействие ●

Косвенное воздействие, обусловленное опасными формами поведения ○

Источник: (1)

Рисунок 1. Потенциальные медицинские последствия насилия в отношении детей

следований, а также из-за широко распространённых представлений, заставляющих людей, в том числе и детей, воспринимать насилие как норму, а не как проблему, требующую внимания. Кроме того, мальчики и девочки, сообщающие о случаях насилия, часто принадлежат к стигматизированным группам, либо их словам не верят, а в результате никакие действия не предпринимаются. Несмотря на то что насилие может быть скрытым,

последствия со временем обнаруживаются (8) и оборачиваются затрагивающими все сферы долговременными и дорогостоящими потерями для детей и взрослых, местных сообществ и государств.

В 2012 году убийства стали причиной смерти примерно 95 000 детей и подростков в возрасте до 20 лет – это почти **каждая пятая** жертва убийства в указанном году (6).

### Понятие насилия в отношении детей

В рамках этого сборника информационных материалов под детьми подразумеваются все лица, не достигшие 18 лет, поэтому насилие в отношении детей рассматривается как насилие в отношении всех лиц в возрасте до 18 лет. В соответствии с определением ВОЗ насилие – это «умышленное угрожаемое или реальное применение физической силы или власти, направленное против себя, иного лица, или группы лиц, или сообщества, которое влечёт или имеет высокую вероятность повлечь за собой телесные повреждения, смерть, психологическую травму, отклонения в развитии или депривацию» (9). Таким образом, насилием считаются не только действия, причиняющие физический вред. Насилие может приводить к намного более разнообразным последствиям, чем смерть и травмы, и может быть причиной инфекционных и неинфекционных заболеваний, психологических травм, опасных форм поведения, низкой успеваемости и вовлечения в преступную деятельность.

### Виды насилия в отношении детей

В большинстве случаев насилия в отношении детей присутствует по крайней мере одна из шести основных форм межличностного насилия<sup>а</sup>, и эта тенденция сохраняется на разных этапах развития ребёнка (рисунок 2) (9):

- **Жестокое обращение с детьми (в том числе жестокие формы наказания)** – это физическое, сексуальное и психологическое (эмоциональное) насилие, а также отсутствие заботы о младенцах, детях и подрост-

ках со стороны родителей, воспитателей и других правомочных лиц, которое чаще всего имеет место дома, но может происходить и в других условиях, например, в школах и детских домах.

- **Травля (в том числе в виртуальном пространстве)** представляет собой агрессивное преследование со стороны другого ребёнка или группы детей, которые не являются братьями и сёстрами жертвы и не состоят с ней в романтических отношениях. Для этой формы насилия характерны повторяющиеся действия, причиняющие физический, психологический или социальный вред. Травля часто происходит в школах и других местах совместного пребывания детей, а также в интернете.
- **Насилие в молодёжной среде** в основном приходится на возраст 10-29 лет и чаще всего происходит в границах местных сообществ между приятелями и незнакомыми людьми, в том числе в форме физического нападения с использованием огнестрельного и холодного оружия (ножей) или без оружия; возможно также групповое насилие.
- **Насилие со стороны полового партнёра (или домашнее насилие)** – это насильственные действия, совершаемые нынешним или бывшим половым партнёром жертвы. Несмотря на то что жертвами такого насилия могут стать и лица мужского пола, намного чаще оно бывает направлено против девочек и женщин. Обычной ситуацией, в



Рисунок 2. Подверженность разным видам насилия в зависимости от возраста

<sup>а</sup> Дети могут также страдать от двух других видов насилия, которые не попадают в сферу охвата данного комплекса – это насилие, направленное на себя, в том числе суицидальное поведение и самоистязание, а также коллективное насилие, примерами которого являются войны и террористические акты, совершаемые большими группами людей. Кроме того, в комплексе INSPIRE подробно не рассматривается торговля людьми, фактор риска, который в некоторых условиях может повышать вероятность насилия в отношении детей. И, наконец, этот комплекс не распространяется на калечащие операции на женских половых органах / женское обрезание, которые рассматриваются в уже существующих консолидированных руководящих указаниях, таких как <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/> и [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/who\\_rhr\\_10-9\\_en.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/who_rhr_10-9_en.pdf).

---

---

которой от него страдают девочки, являются детские и ранние или принудительные браки. По отношению к подросткам, находящимся в романтических отношениях и не состоящим в браке, это явление иногда называют *насилием на свидании*.

- Сексуальное насилие – это совершаемый без согласия другой стороны половой акт или попытка его совершить; действия сексуального характера, не предусматривающие полового контакта (например, вуайеризм или сексуальное домогательство) без согласия другой стороны; действия, направленные на торговлю людьми в целях сексуальной эксплуатации, предпринимаемые в отношении лиц, неспособных дать согласие или отказаться; а также сексуальная эксплуатация в интернете.
- *Эмоциональное (психологическое) насилие и присутствие детей при сценах насилия* подразумевает ограничение движений ребёнка, умышленное унижение, высмеивание, угрозы и запугивание, дискриминацию, неодобрение и другие бесконтактные проявления враждебного отношения к ребёнку, а также присутствие детей при сценах насилия. Ребёнок становится свидетелем насилия, если его заставляют наблюдать за этим действием или он случайно видит сцену насилия с участием двух или более человек.

Если действие направлено конкретно на девочек или на мальчиков из-за их биологического пола или гендерной идентичности, любая из этих форм насилия может также считаться гендерным насилием.

#### ***Последствия насилия в отношении детей и экономического ущерба***

Последствия для общественного здравоохранения, немедленные и долгосрочные, а также экономические издержки, связанные с насилием в отношении детей, отрицательно сказываются на инвестициях в образование, здравоохранение и благополучие несовершеннолетних и наносят ущерб репродуктивному потенциалу будущих поколений. Пережитое в раннем возрасте насилие может стать причиной нарушений в развитии головного мозга и повреждения других отделов нервной системы, а также нарушений функций эндокринной системы, системы кровообращения, опорно-двигательной, репродуктивной, респираторной и иммунной систем, причём последствия могут сказываться на протяжении всей жизни (8). Существуют убедительные доказательства того, что пережитое в детстве насилие повышает риск травматизма; ВИЧ и других заболеваний, передающихся половым путём; психических нарушений; замедленного когнитивного развития; плохой успеваемости в школе и преждевременного прекращения учёбы; ранней беременности; проблем

с репродуктивным здоровьем; инфекционных и неинфекционных заболеваний (10-30).

Кроме того, судя по сведениям, полученным из тех стран и регионов, где проводилась оценка финансовых потерь из-за насилия в отношении детей, эта форма насилия имеет существенные экономические последствия. Только в США суммарное экономическое бремя, связанное с вновь зарегистрированными в течение одного года случаями жестокого обращения с детьми, в 2008 году составило 124 млрд. долларов США, а если учесть другие виды насилия, такие как насилие в молодёжной среде, сумма ущерба ещё увеличится (31, 32). Если рассматривать лишь некоторые из санитарно-медицинских последствий жестокого обращения с детьми, то экономические издержки для стран Восточной Азии и Тихоокеанского региона по оценкам составят от 1,4 до 2,5% их годового ВВП (33).

#### ***Глубинные причины насилия в отношении детей***

Основным фактором, который делает детей и подростков, и особенно девочек, уязвимыми для насилия и в то же время повышает вероятность того, что мальчики и мужчины совершат акт насилия, является терпимость общества к виктимизации девочек и проявлениям насилия со стороны лиц мужского пола. Обращённые на детей насильственные действия или эксплуатация часто воспринимаются как нормальные явления, не подлежащие контролю со стороны сообщества, что наряду со стыдом, страхом и неверием в возможность получить от кого-нибудь помощь приводит к заниженному числу сообщений, передаваемых в надзорные органы. Кроме того, жертв часто объявляют виновными в пережитом ими насилии. Терпимость общества к насилию как к явлению в целом и к насилию со стороны полового партнёра и сексуальному насилию в частности обусловлена низким социальным статусом женщин и детей у многих народов, а также культурными традициями, связанными с полом и ролью мужчины. Таким образом, изменение гендерных норм, устанавливающих право мужчин распоряжаться телом девочек и женщин и контролировать их поведение, – это критически важная стратегия для достижения гендерного равенства, снижения уровня направленного на девочек насилия, разработки подходящих мер профилактики и удовлетворения конкретных потребностей детей в защите и поддержке.

Причины насилия коренятся также в ряде других социальных, экономических и культурных явлений, воздействующих на сообщества, семьи, группы связанных личными отношениями людей, и в том опыте, который дети получают в повседневной жизни. Предлагаемая здесь социально-экологическая модель описывает взаимосвязь между факторами, действующими на уровне индивидуума, близкого окружения, местного сообщества и общества в целом (**рисунок 3**) (9).

---

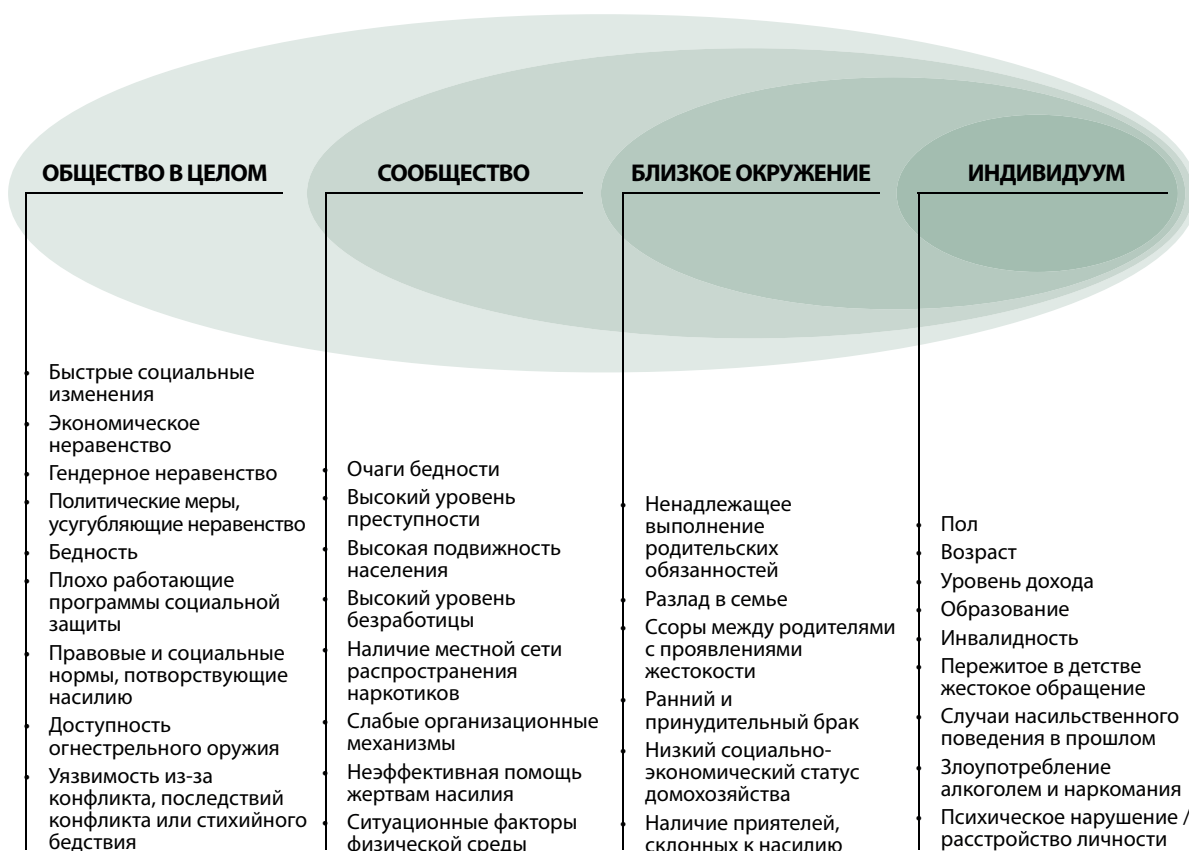
---

- К факторам риска **на уровне индивидуума** относятся биологические параметры и биографические данные, такие как пол, возраст, образование, уровень дохода, наличие инвалидности, отставание в умственном и когнитивном развитии, психические нарушения, злоупотребление алкоголем, наркотическая зависимость и пережитые ранее эпизоды агрессии или жестокого обращения.
- К факторам риска **на уровне близкого окружения** относятся недостаток эмоциональных привязанностей, плохое выполнение родителями своих обязанностей, нарушение функций семьи и её распад, присоединение к группе сверстников с антиобщественным поведением, присутствие при актах насилия в отношении родной или приёмной матери, а также ранний или принудительный брак.
- К факторам риска **на уровне сообщества** относятся те особенности сложившейся обстановки, например, в школах, на рабочих местах и в жилых районах, которые повышают риск насилия. Таковыми являются бедность, высокая плотность населения, наличие временно проживающих лиц, низ-

кая социальная сплочённость, небезопасная физическая среда, высокий уровень преступности и существование местной сети распространения наркотиков.

- К факторам риска **на уровне общества в целом** относится наличие правовых и социальных норм, формирующих такое общественное мнение, которое провоцирует насилие или признает это явление нормальным. В перечень этих факторов могут также входить политические меры в области здравоохранения, экономики, образования и социального развития, поддерживающие экономическое, гендерное или социальное неравенство; отсутствующая или ненадлежащая социальная защита; социальная уязвимость, обусловленная конфликтами или их последствиями, а также стихийными бедствиями; слабое руководство и низкий уровень охраны правопорядка.

Взаимодействие между факторами, действующими на разных уровнях, не менее важно, чем влияние факторов в пределах одного уровня (9). Так, например, результаты многолетних исследований показывают, что осложнения, связанные с беременностью и родами, дают основания прогно-



Источник: (9)

Рисунок 3. Социально-экологическая модель для понимания причин и предотвращения насилия в отношении детей

зировать повышенную вероятность жестокого обращения с детьми и насилия в молодёжной среде и прежде всего в тех случаях, когда они сочетаются с другими проблемами внутри семьи, в частности, с плохим выполнением родительских обязанностей. Вероятно, причина заключается в том, что эти осложнения приводят к неврологическим поражениям и психическим нарушениям или расстройствам личности (факторам риска на уровне индивидуума) (34). Некоторые другие известные факторы риска, такие как нарушение функций семьи и низкая социальная сплочённость внутри сообщества, приводят к тому, что для части детей риск оказывается намного выше, чем для остальных. При этом в условиях разрастания гуманитарных кризисов, таких как войны, массовое переселение беженцев, экономическая миграция, климатические катаклизмы и вспышки болезней, больше детей, чем когда-либо, становятся уязвимыми для всех форм насилия.

Хотя разрабатываемые программы и политические меры часто ориентированы на борьбу лишь с отдельными формами насилия, важно понимать, что эти разные формы взаимосвязаны, так как в их основе лежат одни и те же причины. Из-за наличия общих причин они нередко встречаются в совокупности, причём одна форма насилия может приводить к другой. Например, пережитое в детстве жестокое обращение может повысить риск стать в будущем жертвой или виновником сексуального насилия, насилия в молодёжной среде, насилия, направленного на самого себя, и насилия со стороны полового партнёра. У детей, ставших свидетелями насилия, проявляемого в отношении их родной или приёмной матери её половым партнёром, также выше вероятность столкнуться с этой формой насилия в дальнейшей жизни – как в качестве жертвы, так и в качестве виновника (35, 36). Отсюда следует, что программы, эффективно борющиеся с глубинными причинами этих явлений, обладают высоким потенциалом снижения уровня разных форм насилия в отношении детей.

#### ***Возможность предотвращения насилия в отношении детей***

Насилие в отношении детей – многосторонняя проблема, причины которой находятся на уровне индивидуума, близкого окружения, сообщества и общества в целом, поэтому и борьбу с ней нужно вести одновременно на нескольких уровнях. Предложенная социально-экономическая модель решает здесь двойную задачу, так как каждый уровень этой модели представляет собой поле, в котором риски сосуществуют с рычагами для их устранения.

В связи с этим борьба с насилием в отношении детей предусматривает принятие следующих мер:

- создание семейной среды, обеспечивающей детям безопасность, стабильность и заботу; оказание специализированной помощи и

поддержки тем семьям, где возможны проявления насилия;

- преобразование небезопасной среды путём физических изменений;
- ослабление факторов риска в общественном пространстве (в школах, в местах, где собирается молодёжь) для снижения угрозы насилия;
- борьба с гендерным неравенством в близком окружении, в семье, в школе, на рабочем месте и т. п.;
- изменение культурных традиций и норм поведения, поддерживающих применение насилия;
- принятие необходимых мер для того, чтобы действующее законодательство запрещало все формы насилия в отношении детей и ограничивало доступ молодёжи к опасным объектам, таким как алкоголь и огнестрельное оружие;
- обеспечение доступности и высокого качества услуг, необходимых детям, пострадавшим от насилия;
- ликвидация культурного, социального и экономического неравенства, способствующего проявлениям насилия; устранение разрыва в уровне благосостояния и предоставление равного доступа к товарам, услугам и возможностям;
- координация деятельности разных секторов, занимающихся профилактикой насилия в отношении детей и принятием ответных мер.

Как описано в последующих разделах, семь стратегий INSPIRE охватывают все эти основные отправные точки для профилактики насилия в отношении детей и подростков и принятия ответных мер.

### **INSPIRE: компоненты**

В комплекс INSPIRE входят **семь стратегий**, совокупность которых образует универсальный механизм для ликвидации насилия в отношении детей. В описании каждой стратегии указаны основная **цель**; **обоснование** стратегии; другие задачи ЦУР, помимо 16.2, решению которых способствует эта стратегия и которые её поддерживают; потенциальное **влияние** на предотвращение насилия в отношении детей; особые **подходы** (в том числе программы, практические приёмы и принципы), повышающие эффективность данной стратегии; **фактические данные** в поддержку предлагаемых подходов.

Выбор этих семи стратегий основан на их строгом соответствии принципам, изложенным в руководстве, опубликованном участвующими в проекте INSPIRE ведомствами и основанном на материалах исследований. Выбранные стратегии

направлены на факторы риска и защитные факторы на всех четырёх взаимосвязанных уровнях (индивидуум, близкое окружение, сообщество, общество в целом), при этом большинство из них, как показали исследования, обладает профилактическим действием по отношению сразу к нескольким видам насилия и ведёт к позитивным сдвигам в таких сферах, как психическое здоровье, образование и уровень преступности. Кроме того, в комплекс INSPIRE входят **два типа сквозных мероприятий**, комбинация которых позволяет связать между собой и усилить эти семь стратегий, одновременно оценивая ход их осуществления.

### *Критерии применимости*

Каждая стратегия INSPIRE содержит один или несколько подходов, основанных на фактических данных (**таблица 1**). Примеры подходов приведены не в качестве исчерпывающего перечня подкреплённых фактическими данными политических мер, программ и практических приёмов для каждой стратегии, а для того, чтобы наглядно продемонстрировать модели, которые способны снижать вероятность попадания в категорию жертв или виновников насилия в отношении детей, влиять на факторы риска такого насилия либо смягчать его немедленные и долгосрочные последствия. На практике эффективность стратегий и подходов, включённых в комплекс INSPIRE, будет зависеть от того, насколько качественно и в каких условиях их будут реализовывать. Модельные мероприятия представляют собой практические приёмы, которые могут быть признаны **эффективными, перспективными или целесообразными**.

### *Критерии для модельных мероприятий*

Мероприятие считается **эффективным**, если выполняется хотя бы одно из следующих условий:

- результаты не менее двух исследований по оценке воздействия, характеризующихся высоким или средним уровнем доказательности и выполненных в форме рандомизированных контролируемых и (или) высококачественных квазиэкспериментальных исследований, подтверждают наличие **благоприятного статистически значимого воздействия на один или несколько видов насилия в отношении детей** (жестокое обращение, травля, насилие в молодёжной среде, насилие со стороны полового партнёра<sup>b</sup> и сексуальное насилие);
- мероприятие признано **рекомендованным** на основании данных высококачественного метаанализа и систематических обзоров по

результатам оценки многочисленных примеров его реализации.

К **перспективным** относятся мероприятия, удовлетворяющие следующим критериям:

- результаты не менее одного исследования по оценке воздействия, характеризующегося высоким или средним уровнем доказательности и выполненного в форме рандомизированного контролируемого и (или) высококачественного квазиэкспериментального исследования, подтверждают **наличие благоприятного статистически значимого воздействия на один или несколько видов насилия в отношении детей** (жестокое обращение, травля, насилие в молодёжной среде, насилие со стороны полового партнёра и сексуальное насилие); или
- результаты не менее одного исследования по оценке воздействия, характеризующегося высоким или средним уровнем доказательности и выполненного в форме рандомизированного контролируемого и (или) высококачественного квазиэкспериментального исследования, подтверждают наличие **благоприятного статистически значимого воздействия на один или несколько факторов риска либо защитных факторов, относящихся к насилию в отношении детей** (повышение уровня образования; навыки позитивных методов воспитания; беседы между родителями и детьми о том, как вести себя, чтобы не столкнуться с насилием; усиленный родительский контроль).

**Целесообразными** считаются практические приёмы, входящие в комплекс технических мер, если они отвечают хотя бы одному из следующих критериев:

- в **принятых на глобальном уровне соглашениях или резолюциях** это мероприятие отнесено к критически важным для снижения уровня насилия в отношении детей;
- результаты **качественных или наблюдательных** исследований показали, что это мероприятие эффективно снижает уровень насилия в отношении детей.

Для любого основанного на фактических данных мероприятия чрезвычайно важным условием является наличие двух сквозных компонентов: «Многосекторальная деятельность и координация» и «Мониторинг и оценка» (37).

Выбирая стратегии для включения в комплекс INSPIRE, разработчики документа старались по

<sup>b</sup> Факты говорят о том, что присутствие детей при сценах насилия, обращённого на их родных или приёмных матерей, может в некоторых случаях приводить к повышенному риску вовлечения в насильственные действия в будущем (35, 36). Таким образом, снижение распространённости насилия со стороны половых партнёров – это отдельная важная задача и в то же время один из способов снижения уровня насилия в отношении детей.

Таблица 1

Стратегии INSPIRE для профилактики насилия в отношении детей в возрасте от 0 до 18 лет  
и принятия ответных мер, применяемые подходы и участвующие секторы

Стратегия	Подходы	Секторы	Сквозные мероприятия
<b>Implementation and enforcement of laws</b> (Принятие и обеспечение соблюдения нормативных актов)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Законы, запрещающие родителям, учителям и другим воспитателям применять жестокие способы наказания детей</li> <li>Законы, предусматривающие уголовную ответственность за сексуальные посягательства в отношении детей и их сексуальную эксплуатацию</li> <li>Законы, направленные на профилактику злоупотребления алкоголем</li> <li>Законы, ограничивающие доступ молодежи к огнестрельному и другому оружию</li> </ul>	Правосудие	Много-секторальная деятельность и координация
<b>Norms and values</b> (Нормы и ценности)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отход от дискриминирующих и вредных гендерных и социальных норм</li> <li>Программы по мобилизации местных сообществ</li> <li>Поощрение вмешательства свидетелей</li> </ul>	Здравоохранение, образование, социальное обеспечение	
<b>Safe environments</b> (Создание безопасной среды)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Снижение уровня насилия за счёт ориентации на зоны повышенного риска</li> <li>Противодействие распространению насилия</li> <li>Улучшение антропогенной среды</li> </ul>	Охрана правопорядка, проектирование	
<b>Parent and caregiver support</b> (Поддержка родителей и воспитателей)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Посещения на дому</li> <li>Работа в группах и на уровне местных сообществ</li> <li>Реализация комплексных программ</li> </ul>	Социальное обеспечение, здравоохранение	
<b>Income and economic strengthening</b> (Повышение доходов и улучшение экономического положения)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Выплата денежных пособий</li> <li>Групповые сбережения и займы наряду с популяризацией гендерного равенства</li> <li>Микрофинансирование наряду с обучением по вопросам гендерных норм</li> </ul>	Финансы, трудовая политика	Мониторинг и оценка
<b>Response and support services</b> (Ответные меры и оказание поддержки)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Консультирование и медицинская помощь</li> <li>Скрининг в сочетании с необходимыми вмешательствами</li> <li>Программы воспитательной работы с малолетними правонарушителями в системе уголовного правосудия</li> <li>Организация патронатного воспитания с привлечением социальных служб</li> </ul>	Здравоохранение, правосудие, социальное обеспечение	
<b>Education and life skills</b> (Обучение и формирование жизненных навыков)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повышение количества детей, посещающих учреждения дошкольного, начального и среднего образования</li> <li>Создание в школах безопасной и благоприятной среды</li> <li>Повышение уровня знаний детей о сексуальном насилии и о способах защиты от него</li> <li>Обучение социальным и жизненным навыкам</li> <li>Программы для подростков по профилактике насилия со стороны полового партнёра</li> </ul>	Образование	

мере возможности отразить те мероприятия, которые были осуществлены и проанализированы в условиях нехватки ресурсов. Из мероприятий, реализованных в условиях высокого уровня доходов, были выбраны те, которые оказались особенно эффективными для снижения уровня насилия в отношении детей и которые, вероятно, будут столь же успешными в любой культурной среде. Комплекс INSPIRE даёт возможность увеличить число исследований по оценке эффективности этих семи стратегий в тех условиях, в которых на данный момент таких исследований проведено сравнительно немного. В связи с этим предполагается, что комплекс INSPIRE будет регулярно обновляться по мере поступления новых доказательных данных.

### **INSPIRE: осуществление**

Основное внимание в комплексе INSPIRE уделено тому, что могут сделать страны для профилактики насилия в отношении детей и принятия ответных мер. В последующих публикациях материалов INSPIRE будет подробно описан порядок действий по реализации включённых в комплекс стратегий и приведены показатели для мониторинга процесса осуществления и результатов воздействия этих семи стратегий<sup>c</sup>. Пока в документе «INSPIRE: семь стратегий по ликвидации насилия в отношении детей» даны общие рекомендации по вопросам практического осуществления, которыми можно воспользоваться для активизации деятельности по ликвидации насилия.

#### ***Возможность применения стратегий INSPIRE в условиях конфликтов, последствий конфликтов и других гуманитарных кризисов***

Все семь стратегий INSPIRE можно применять в условиях, сложившихся в результате конфликтов или стихийных бедствий, при этом комплекс содержит ряд мероприятий, эффективность которых в этих ситуациях подтверждена фактическими данными. Тем не менее, как и в случае стратегий, направленных на другие социальные проблемы, такие как курение, наркомания и злоупотребление алкоголем, нарушения психического здоровья, преступность и травмы при ДТП, перспективы успешной реализации разнятся в зависимости от содержания стратегии и от сопутствующих условий. Поскольку программы, основанные на принципе самообеспечения, не зависят от целостности общественных систем и функционирования правительственных структур, мероприятия в рамках таких программ теоретически могут осуществляться в любых условиях.

К таким программам относятся, в частности, воспитательные программы, программы обучения жизненным навыкам, а также программы оказания помощи жертвам насилия. Мероприятия, направленные на обеспечение исполнения законов действующими системами охраны правопорядка и правосудия, напротив, будет трудно осуществить, если деятельность этих структур серьёзно подорвана из-за конфликта или стихийного бедствия.

### **INSPIRE: стратегии и подходы**

Implementation and enforcement of laws  
(Принятие и обеспечение соблюдения нормативных актов)

Norms and values  
(Нормы и ценности)

Safe environments  
(Создание безопасной среды)

Parent and caregiver support  
(Поддержка родителей и воспитателей)

Income and economic strengthening  
(Повышение доходов и улучшение экономического положения)

Response and support services  
(Ответные меры и оказание поддержки)

Education and life skills  
(Обучение и формирование жизненных навыков)

### **Implementation and enforcement of laws (Принятие и обеспечение соблюдения нормативных актов)**

**Цель:** обеспечить принятие и исполнение законов, направленных на предотвращение насильственного поведения, сокращение чрезмерного потребления алкоголя и ограничение доступа молодёжи к огнестрельному и другому оружию.

#### **Обоснование**

Разработка и усиление юридических мер и принципов защиты детей и молодёжи при наличии средств контроля за осуществлением этих защитных мероприятий – естественный шаг для предотвращения насилия в отношении детей. Законы, запрещающие такие действия, как жестокие наказания и сексуальные посягательства на несовершеннолетних, необходимы по несколь-

<sup>c</sup> Эти информационные материалы INSPIRE находятся в разработке. Предполагается, что перечень показателей будет опубликован до конца 2016 года, а серия руководств по реализации стратегий (одно общее, а остальные – по отдельным стратегиям) и руководство по проведению исследований выйдут в свет в течение 2017 года.



---

---

ким причинам. Во-первых, общество получает сигнал о том, что такое поведение противозаконно, а значит, появляется возможность искоренить бытующие представления о допустимости этих действий. Во-вторых, эти законы возлагают вину на лиц, совершающих подобные действия. В-третьих, законы и политические меры могут помочь снизить уровни воздействия основных факторов риска насилия в отношении детей за счёт уменьшения злоупотребления алкоголем и ограничения доступа молодёжи к огнестрельному и другому оружию. Эта стратегия вносит вклад в деятельность, направленную на решение задач ЦУР 3.5, 5.с и 16.3, которая в свою очередь способствует реализации стратегии:

- 3.5 Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем;
- 5.с Принимать и совершенствовать разумные стратегии и обязательные для соблюдения законы в целях поощрения гендерного равенства и расширения прав и возможностей всех женщин и девочек на всех уровнях;
- 16.3 Содействовать верховенству права на национальном и международном уровнях и обеспечить всем равный доступ к правосудию.

#### **Потенциальное влияние принятия и обеспечения соблюдения нормативных актов на снижение уровня насилия в отношении детей**

- Сокращение распространённости физических форм насилия в отношении детей со стороны родителей, воспитателей и других правомочных лиц.
- Снижение уровня сексуальных посягательств на детей, в том числе сокращение количества случаев насильственных или совершаемых под угрозой половых актов, попыток полового контакта без согласия другой стороны, а также прикосновений сексуального характера без согласия другой стороны.
- Снижение уровня сексуальной эксплуатации несовершеннолетних, в том числе торговли детьми, детской порнографии и проституции.
- Сокращение неумеренного употребления алкоголя и бытового пьянства.
- Сокращение количества смертей и ранений из-за применения огнестрельного оружия.
- Повышение популярности социальных норм и установок, защищающих детей от применения к ним жестоких способов наказания.
- Повышение популярности социальных норм и установок, защищающих детей от сексуальных посягательств и сексуальной эксплуатации.

- Повышение популярности социальных норм и установок, поддерживающих гендерное равенство.

#### **Подходы**

В сферу охвата этой стратегии попадают два свода законов. В первый входят законы или акты, которые государства-участники должны принять в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребёнка (КПР), обязывающей эти государства предпринимать все необходимые законодательные, административные, социальные и образовательные меры для защиты детей от всех форм насилия, пока они находятся на попечении родителей, воспитателей или других лиц, осуществляющих уход за ними (38). В Конвенции указаны конкретные обязательства, направленные на защиту детей от жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов наказаний и применения к ним смертной казни, а также от сексуальных посягательств и сексуальной эксплуатации.

Ко второму своду относятся законы, ограничивающие доступ молодёжи к алкоголю и огнестрельному оружию и злоупотребление ими, и тем самым противодействующие основным факторам, повышающим вероятность стать жертвой или виновником насилия в отношении детей. Кроме того, принятие законов о беженцах и законов, предусматривающих уголовную ответственность за детские браки, принудительный труд, торговлю детьми, детскую порнографию и причиняющие вред обычаи также может внести свой вклад в снижение уровня насилия в отношении несовершеннолетних.

#### ***Законы, запрещающие родителям, учителям и другим воспитателям применять жестокие способы наказания детей***

**Фактические данные.** Наблюдательные исследования показывают, что эти законы могут ограничить применение жестоких способов наказания детей, способствовать более глубокому осознанию отрицательного влияния на детей таких форм наказания, а также изменить отношение к их применению (39, 40, 41). Результаты исследования, в котором сравнивали пять европейских стран, в трёх из которых действует запрет на телесные наказания, а в двух других такого запрета нет, свидетельствуют о том, что в странах с действующим законодательным запретом почти все формы телесных наказаний применялись реже, чем в странах, где такие законы отсутствуют (42). Кроме того, мнение о допустимости телесных наказаний было менее распространено в тех странах, где они законодательно запрещены (43). Результаты выполненного систематического обзора показали также, что в 24 странах прослеживается тесная связь между наличием законодательных норм, ограничивающих телесные наказания, и менее одобрительным отношением к этим видам наказания как к способу

---

---

добиться послушания и более редким их использованием (43). К 2016 году почти в 50 странах был введён запрет на все жестокие способы наказания детей, а ещё 52 государства взяли на себя обязательство его ввести (44).

**Закон о запрете телесных наказаний и сопровождающая его информационная кампания (Швеция)**

В 1979 году парламент Швеции принял поправку к Кодексу об обязанностях родителей и опекунов, вводящую запрет на все формы физических наказаний и другие виды эмоционально жестокого обращения с детьми. Таким образом, Швеция стала первой страной, которая открыто запретила родителям применять в воспитании детей телесные наказания и любые другие виды обращения, унижающее достоинство ребёнка.

Несмотря на то что в Кодексе об обязанностях родителей и опекунов не предусмотрены меры ответственности, к действиям, классифицированным как нападение на ребёнка, применяется статья уголовного кодекса. В соответствии с этой статьёй лицо, которое наносит другому лицу телесное повреждение, своими действиями вызывает заболевание или причиняет боль, либо приводит жертву в недееспособное или иное беспомощное состояние, должно быть приговорено за нападение к тюремному заключению на срок до двух лет. Если преступление признается малозначительным, виновного приговаривают к штрафу или к тюремному заключению на срок до шести месяцев.

Если правонарушение признается особо тяжким, может быть вынесен приговор о заключении на срок до 10 лет (45).

Тем самым дети наделяются такими же правами, как и взрослые, в целях защиты их от жестокого и унижающего обращения. Это изменение в законодательстве, сопровождавшееся национальной просветительской кампанией, стало результатом продолжавшегося не один десяток лет процесса, в ходе которого, в частности, были запрещены телесные наказания в школах. Шведский эксперимент оказал значительное влияние на жизнь детей, которое можно оценить количественно: за 35 лет число детей, которых били родители, снизилось с 90% примерно до 10% (45). Уменьшилась также доля родителей, одобряющих телесные наказания, раньше превышавшая 50%, а теперь едва достигающая 10% (45).

**Законы, предусматривающие уголовную ответственность за сексуальные посягательства в отношении детей и их сексуальную эксплуатацию**

**Фактические данные.** В Конвенции о правах ребёнка установлены принципы противодействия

сексуальным посягательствам и сексуальной эксплуатации, которые должны быть интегрированы в национальное законодательство или отражены в национальных законах. В большинстве стран такие законы действуют, хотя и с разной эффективностью, зависящей от определения юридического понятия «ребёнок», от того, что считается сексуальным посягательством или эксплуатацией по отношению к ребёнку, а также от той степени, в которой законы исполняются. Так, например, несмотря на то что почти во всех странах есть законы, запрещающие так называемое статутное изнасилование (половой акт с лицом, не достигшим совершеннолетия), в полном объёме они соблюдаются менее чем в двух третях стран. Ещё хуже ситуация с соблюдением законов, противодействующих сексуальному насилию без фактического изнасилования и физического контакта (1).

**Законы, направленные на профилактику злоупотребления алкоголем**

**Фактические данные.** Чрезмерное употребление алкоголя считается достоверным фактором риска для большинства форм насилия, совершаемого в отношении детей и между детьми, в том числе для жестокого обращения с детьми, физического и сексуального насилия в среде подростков обоего пола, а также насилия со стороны полового партнёра (34). Как показала оценка глобальной ситуации с подростками, 17% мальчиков и 6% девочек в возрасте 15-19 лет употребляют алкоголь в чрезмерных количествах (60 и более граммов чистого спирта не менее одного раза за последний месяц) (46). По этой причине законы и правила, ограничивающие доступ детей к спиртным напиткам и препятствующие злоупотреблению алкоголем среди взрослых и детей, могут играть важную роль в предотвращении насилия в отношении несовершеннолетних.

В обзоре научных исследований, опубликованных в период между 1950-м и 2015 годом, сделан вывод о том, что все изученные меры, а именно повышение стоимости спиртных напитков, сокращение дней продажи и ограничение скученности торгующих алкоголем заведений, приводят к существенному снижению уровня межличностного насилия (47). В обзоре отмечено, что даже незначительные изменения политики в этой сфере, такие как снижение стоимости алкоголя на 1%, прекращение продажи спиртного на один час раньше и ограничение плотности расположения торговых точек, значительно снижают уровень насилия. Кроме того, введение запрета на продажу алкоголя лицам моложе определённого возраста эффективно сокращает его потребление в молодёжной среде (48), при этом чем ниже установленная возрастная планка, тем больше вероятность удержать молодёжь от пьянства (49). В большинстве стран закон разрешает продажу алкогольных напитков лицам старше 18 лет, тем не менее, существуют значи-

---

---

тельные различия в степени выполнения этих предписаний (46).

### *Законы, ограничивающие доступ молодёжи к огнестрельному и другому оружию*

**Фактические данные.** Минимальный возраст, с которого граждане получают законное право использовать, иметь и приобретать огнестрельное оружие, меняется от страны к стране, но в большинстве из них он не ниже 18 лет. В недавно опубликованном систематическом обзоре (50) по результатам мероприятий, направленных на противодействие незаконному владению и ношению оружия, было показано, что целевое полицейское патрулирование, ориентированное на выявление случаев незаконного ношения оружия, может предотвращать преступления с его применением (убийства, стрельбу, вооружённый разбой и вооружённые нападения).

Другие меры, такие как принятие в США законов «**О предотвращении доступа детей к оружию**» (CAP), согласно которым владелец признается виновным, если ребёнок получает доступ к оружию, хранящемуся с нарушением требований безопасности, привело к снижению частоты травм, связанных с применением огнестрельного оружия. Например, многолетнее исследование, в основе которого лежат данные, полученные из 11 штатов США, семь из которых между 1988-м и 2003 годом ввели законы о предотвращении доступа детей к оружию, показало, что эти изменения в законодательстве сопровождались снижением числа случаев не смертельных огнестрельных ранений среди детей младше 18 лет. Следует отметить, однако, что большинство из этих ранений были неумышленными, а сведения по убийствам и другим исходам насилия в молодёжной среде оказались противоречивыми и неубедительными (51).

Фактические данные о результатах принятия других законов и политических мер в разных странах мира, таких как политика нулевой терпимости в школах, требования к лицензированию, законы, противодействующие незаконному обороту оружия в пределах сообществ и между ними, неоднозначны (52). Однако недавнее исследование в Южной Африке показало, что в 2001-2005 годах в пяти самых крупных городах страны за счёт более строгих требований к лицензированию и обороту огнестрельного оружия были спасены 4585 жизней, при этом наибольшее снижение смертности наблюдалось среди лиц мужского пола в возрасте 15-29 лет (53). Таким образом, стратегии, направленные на ограничение доступа молодёжи к огнестрельному оружию, представляются перспективными, хотя необходимы дополнительные исследования для поиска наиболее эффективных путей профилактики незаконного владения, ношения и применения оружия среди несовершеннолетних.

---

---

## **Norms and values (Нормы и ценности)**

**Цель:** укрепление норм и ценностей, содействующих формированию ненасильственных, уважительных, заботливых, позитивных и основанных на гендерном равенстве взаимоотношений в жизни каждого ребёнка и подростка.

### **Обоснование**

Изменение бытующих в обществе представлений и установок имеет большое значение для профилактики насилия в отношении детей (6). Как правило, такие изменения требуют перемен в глубоко укоренившихся социальных и культурных нормах и правилах поведения, в частности, в представлениях о том, что некоторые формы насилия не только допустимы, но и в некоторых случаях оправданы (54). В пример можно привести ситуации, когда учитель бьёт учеников, потому что такое наказание кажется законным; когда девочек принуждают к половым контактам, поскольку мальчики и мужчины считают себя вправе этого требовать; когда детские браки и избиение жены представляются нормой; когда старшие приятели заставляют мальчиков участвовать в актах группового насилия в качестве своего рода «обрядов посвящения»; и когда девочки и мальчики не рассказывают о том, что стали жертвами насилия, потому что им стыдно в этом признаться и они боятся стать объектами стигматизации.

По этой причине стратегия, направленная на изменение установок и социальных норм, включена в комплекс INSPIRE в качестве одной из важнейших составляющих. И хотя результаты этого воздействия плохо поддаются оценке, можно утверждать, что шаги, предпринимаемые для изменения представлений о норме на уровне местных сообществ или небольших групп населения, дают максимальный эффект, если они сопровождаются другими мерами, такими как изменения в законодательстве и обучение жизненным навыкам.

Эта стратегия вносит свой вклад в деятельность, направленную на решение задач ЦУР 4.7 и 5.1, которая в свою очередь способствует реализации стратегии:

- 4.7 К 2030 году обеспечить, чтобы все учащиеся приобретали знания и навыки, необходимые для содействия устойчивому развитию, в том числе посредством обучения по вопросам устойчивого развития и устойчивого образа жизни, прав человека, гендерного равенства, пропаганды культуры мира и ненасилия, гражданства мира и осознания ценности культурного разнообразия и вклада культуры в устойчивое развитие.
- 5.1 Повсеместно ликвидировать все формы дискриминации в отношении всех женщин и девочек.

---

---

**Потенциальное влияние изменения норм и ценностей на снижение уровня насилия в отношении детей может проявляться следующим образом**

- Снижение терпимости общества к насилию в отношении женщин и детей.
- Сокращение распространённости ранних и принудительных браков.
- Более позитивные взгляды на гендерное равенство, в том числе при разделении труда.
- Более позитивное отношение к ненасильственным методам воспитания.
- Повышение осведомлённости о том, какие действия могут считаться насильственными по отношению к половому партнёру или ребёнку.
- Более частое вмешательство свидетелей с целью предотвращения насилия в отношении детей или половых партнёров.
- Снижение уровня физического и сексуального насилия, проявляемого родителями или половыми партнёрами.

**Подходы**

Оценка программ и стратегий, меняющих потенциально вредные семейные и гендерные нормы, показала, что к перспективным в этом

смысле подходам относятся: отход от вредных гендерных и социальных норм, программы мобилизации сообществ и поощрение вмешательства свидетелей насилия. При наличии поддержки в форме информационных кампаний в СМИ, программ социальной мобилизации и помощи вспомогательных служб, эти подходы оказались результативными, так как поощряли людей предавать гласности факты насилия и способствовали принятию новых законов и политических мер, переводящих определённые формы насилия в категорию уголовно наказуемых правонарушений (54).

**Отход от дискриминирующих и вредных гендерных и социальных норм**

**Фактические данные.** В публикациях о программах для малых групп населения, ориентированных на взрослых мужчин и женщин и на девочек и мальчиков подросткового возраста, сообщается о ряде результатов, указывающих на существенные успехи в предотвращении насилия (55-59). Итоги таких исследований показали, что юноши, участвовавшие в программе **Yaari-Dosti** в Индии, на 20-30% реже совершали насильственные действия по отношению к своим половым партнёрам (59),

---

---

**Прекращение практики детских браков:  
исследование опыта 23 программ**

Детские браки являются фактором риска насилия, проявляемого половым партнёром в отношении девочек и женщин; смерти при родах и не смертельных осложнений беременности (62); младенческой смертности (63) и низкой массы тела новорождённых (64). Практика детских браков намного сильнее влияет на молодых девушек, так как вероятность того, что они вступят в брак в детском возрасте, значительно выше, чем для юношей (65, 66). Оценка показала, что во всем мире число женщин 20-24 лет, которые вышли замуж до достижения ими 18-летнего возраста, составляет более 60 миллионов (67). В разных регионах распространённость детских браков существенно различается, при этом чаще всего они имеют место в Западной Африке, вслед за которой идут Южная Азия, Северная Африка с Ближним Востоком и Латинская Америка (68).

В обзоре, опубликованном в 2011 году Международным центром исследований по проблемам женщин (69), указано на увеличение за последнее десятилетие числа мероприятий, направленных на противодействие детским бракам, однако отмечено, что лишь немногие из этих попыток получили систематическую оценку. Проведённый в этом обзоре анализ 23 программ, эффективность которых оценивали в той или иной форме, показал, что лишь некоторые из них были специально ориентированы именно на проблему детских браков, а в большинстве программ этот аспект присутствовал наряду с задачами по достижению других целей в области здоровья, благополучия или расширения возможностей подростков и молодёжи.

Рассмотренные в обзоре программы по противодействию детским бракам в основном оказались сосредоточены в Южной Азии, и прежде всего в Бангладеш и Индии. Страны Африки и Ближнего Востока, такие как Эфиопия и Египет, также внесли свой вклад в общий массив фактических данных (70).

Как правило, в этих программах применялись одна или несколько из пяти основных стратегий профилактики детских браков: расширение возможностей девочек за счёт информирования, формирования у них полезных навыков и создания социальных сетей для взаимной поддержки; обучение и мобилизация родителей и членов местных сообществ; повышение доступности и качества официального школьного образования для девочек; предложение материальной поддержки и поощрительных выплат девочкам и их семьям; а также формирование благоприятной правовой и политической базы. В обзоре отмечено, что в большинстве случаев были недостаточно проработаны методы оценки результатов, однако наиболее достоверные данные по сокращению распространённости детских браков были получены для тех программ, в которых работа по повышению уровня информированности, формированию навыков и созданию социальных сетей для девочек сочеталась с мобилизацией сообществ (69).

---

---

а в США участники программы «**Воспитание настоящих мужчин**» (Coaching Boys Into Men), судя по сообщениям спустя 24 месяца после принятых мер, на 38% реже становились виновниками актов физического или сексуального насилия по отношению к половым партнёрам (59, 60). Среди других значимых результатов этой программы, в ходе которой тренеров университетских спортивных команд обеспечивали необходимыми информационными ресурсами для популяризации уважительных взаимоотношений между игроками, предупреждения проявлений агрессии, домогательств и сексуального насилия в отношениях с девушками, была возросшая готовность свидетелей насилия вмешиваться для его пресечения. Программа была реализована в сообществах на всей территории США, в Индии и Южной Африке.

В Непале целью учебных курсов программы «**Альтернативы**» (Choices) было поощрение дискуссий между 10-14-летними мальчиками и девочками, в ходе которых они могли обмениваться мнениями по темам, касающимся власти и вопросов пола. Судя по результатам исследования типа «случай-контроль», участие в программе «**Альтернативы**» расширило представление детей о гендерных ролях, в том числе о роли женщины

как кормилицы семьи, а мужчины как хранителя очага, и, возможно, помогло участникам программы осознать недопустимость сексуальных домогательств и травли мальчиков, поведение которых не укладывается в традиционные представления о гендерных ролях (61).

#### *Программы по мобилизации местных сообществ*

**Фактические данные.** Программа **SASA!** («Сейчас!» на суахили), реализованная в Уганде, – убедительный пример того, как можно стимулировать изменение представлений людей о норме, применяя подходы к предотвращению насилия в отношении женщин, основанные на деятельности в местных сообществах (71). В тех сообществах, где мужчины и женщины участвовали в этой программе, женщины на 52% реже подвергались физическому насилию со стороны полового партнёра, при этом резко снизился уровень терпимости общества к насилию. Более чем вдвое увеличилась доля адекватной реакции сообщества в тех случаях, когда женщины все-таки становились жертвами такого насилия; кроме того, данные наблюдательного исследования свидетельствовали об утроенном положительном эффекте для детей (см. вставку 1).

Вставка 1

#### **Программа SASA!** (Уганда)

Задача программы **SASA!**, разработанной организацией «Голос в защиту» (Raising Voices) и реализованной в г. Кампала в Уганде Центром профилактики домашнего насилия, заключалась в изменении взглядов отдельных членов сообщества, а также утвердившихся в сообществе норм и структуры отношений путём содействия поэтапному процессу реформирования всего сообщества в целом.

Для начала были выбраны и обучены общественные активисты – обычные мужчины и женщины, заинтересованные в работе по предотвращению насилия. Сотрудники полиции, работники здравоохранения, руководители учреждений и местных правительственных органов, местные деятели культуры также прошли обучение, в ходе которого, помимо других вопросов, обсуждалось понятие «власть». После того как их знакомили с новым представлением о власти и предлагали оценить неравенство в обладании властью, обусловленное гендерным фактором и имеющее место в их собственной жизни и в сообществе, общественные активисты должны были привлечь свои сообщества к такому же критическому обсуждению – не только о способах злоупотребления властью, которые используют мужчины и женщины (и последствиях для их взаимоотношений и сообщества в целом), но и о том, как люди могут распорядиться своей властью во благо и способствовать позитивным переменам на уровне индивидуумов и сообществ.

В тех сообществах, где мужчины и женщины в возрасте 18-49 лет участвовали в рандомизированном контролируемом исследовании эффективности программы **SASA!** на уровне местного сообщества, женщины на 52% реже подвергались физическому насилию со стороны полового партнёра, причём как мужчины, так и женщины были менее терпимы к проявлениям насилия (71, 72).

По результатам исследования в период последующего наблюдения, в ходе которого дополнительно оценивали вероятное влияние этой программы на подверженность детей насилию, был сделан вывод, что такое влияние имело место и проявлялось тремя путями. Во-первых, количественные данные свидетельствуют о том, что снижение уровня насилия со стороны половых партнёров приводило к уменьшению на 64% числа случаев, когда дети становились свидетелями такого насилия у себя дома. Во-вторых, судя по качественным признакам, в семьях, где женщины реже подвергались насилию со стороны полового партнёра, в ряде случаев менялись и приёмы, используемые родителями для воспитания и поддержания дисциплины, что улучшало взаимоотношения детей и родителей. В нескольких семьях результатом стал полный отказ от жестоких форм наказания за нарушение дисциплины. В-третьих, некоторые участники сообщали о том, что вмешивались для предотвращения насилия в отношении детей (73).

---

---

Реализованная в Южной Африке программа «Город Души» (Soul City), направленная на информирование сообществ о проблеме домашнего насилия путём «развлекательного обучения» (англ. edutainment), привлекла внимание 86%, 25% и 65% всей аудитории страны с помощью соответственно телешоу, печатных материалов и радиопередач. Оценка этой программы показала наличие очевидной связи между просмотром 4-й серии телешоу «Город Души», посвящённой проблеме домашнего насилия, и лучшей осведомлённостью о существующих службах поддержки: 41% респондентов сообщили о том, что знают о телефоне доверия, созданном в рамках программы. С этой программой были также связаны сдвиги в отношении людей к насилию, выразившиеся в увеличении на 10% числа респондентов, несогласных с тем, что домашнее насилие – частное дело каждой семьи. Кроме прочего, в ходе мероприятия был разработан мультимедийный проект, ориентированный на детей 8-13 лет, под названием **Soul Buddyz**. Суть проекта состояла в том, что детей, не достигших возраста сексуальной активности, знакомили с материалами, содержащими потенциально жизненно важные сведения о том, как относиться к травле, проявлениям расизма, насилию, сексу и ВИЧ/СПИД, предлагая эту информацию детям в форме теле- и радиопередач или интерактивной интернет-программы (75).

#### *Поощрение вмешательства свидетелей*

**Фактические данные.** Экспериментальные оценки показали, что такие программы, как «**Воспитание свидетелей**» (Bringing in the Bystander) и программа профилактики насилия Университета Кентукки (США) под названием «**Зелёная метка**» (Green Dot), поощряют молодых людей вмешиваться и препятствовать проявлениям насилия между людьми, находящимися в романтических отношениях, или приятелями (76, 77). Среди учащихся, посещавших мероприятия в рамках этих программ, число пострадавших от межличностного насилия (по оценкам за предыдущий учебный год) было на 17% меньше (46%), чем в контрольных студенческих сообществах (56%). Среди участвовавших в программе студентов отмечался более низкий по сравнению с контролем уровень сексуальной виктимизации, сексуальных домогательств, преследований в интернете и психологического насилия со стороны полового партнёра (78). Следует подчеркнуть, что как юноши, так и девушки, обучающиеся в колледжах, где реализуется программа «Зелёная метка», отмечали снижение уровня виктимизации, а юноши сообщали о меньшем числе случаев, когда они проявляли насилие, по сравнению с другими колледжами, не участвующими в этой программе.

---

---

## **Safe environments** (Создание безопасной среды)

**Цель:** создание и поддержание безопасных условий на улицах и в других местах, где дети и молодёжь собираются вместе и проводят время.

#### **Обоснование**

Создание и поддержание безопасной среды в сообществах представляет собой перспективную стратегию для снижения уровня насилия в отношении детей, ориентированную на внесемейные и внешкольные пространства в пределах местных сообществ, на которые не распространяются стратегии «Поддержка родителей и воспитателей» и «Обучение и формирование жизненных навыков» из данного комплекса стратегий. Стратегии создания безопасной среды направлены на изменение социальной и физической обстановки в сообществах (а не на изменение индивидуумов в пределах этой среды) с целью поощрения позитивных и пресечения вредных форм поведения. Имеющаяся база фактических данных, на которую опираются профилактические мероприятия на уровне сообщества, как правило, не структурирована по возрастным группам, на которые распространяется их защитное действие, поэтому в целях этой стратегии принимается, что эффективные вмешательства на уровне сообществ сходным образом влияют на детей, молодёжь и взрослых.

Эта стратегия вносит вклад в деятельность, направленную на решение задач ЦУР 11.1 и 11.7, которая в свою очередь способствует реализации стратегии:

- 11.1 К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к достаточному, безопасному и недорогому жилью и основным услугам и благоустраивать трущобы.
- 11.7 К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к безопасным, доступным и открытым для всех зелёным зонам и общественным местам, особенно для женщин и детей, пожилых людей и инвалидов.

#### **Потенциальное влияние создания безопасной среды на снижение уровня насилия в отношении детей**

- Сокращение количества травм, полученных в результате нападений.
- Повышение безопасности перемещения в пределах сообщества.

#### **Подходы**

Как следует из имеющихся фактических данных, в перечень подходов, способствующих созданию и поддержанию безопасной среды, могут входить проведение целевых мероприятий, ориентированных на существующие в сообществе зоны повышенного риска (очаги насилия), противодействие распространению насилия, а также улучшение

ние антропогенной среды. Кроме того, важно обеспечить безопасность для детей в таких местах, как временные и альтернативные медицинские учреждения, детские дома, полицейские участки и исправительные учреждения. Защита малолетних правонарушителей имеет принципиальное значение, и хотя этот аспект не охватывается данным документом, крайне важно, чтобы законодательство, политические меры и программы обеспечивали детям, находящимся в местах лишения свободы, доступ к справедливым и эффективным системам правосудия, которые учитывают возрастные особенности и поддерживают применение не связанных с лишением свободы мер наказания к детям, обвиняемым в правонарушениях (79).

#### *Снижение уровня насилия за счёт ориентации на зоны повышенного риска*

**Фактические данные.** Результаты исследований, проведённых в Бразилии (80), Канаде (81), Южной Африке (82) и США (83), свидетельствуют

о том, что многие случаи насилия в молодёжной среде происходят в определённых местах (на конкретных улицах, в конкретных клубах и барах). Таким образом, уровень насилия можно снизить, если систематически направлять усилия по его профилактике на зоны повышенного риска (см. **вставку 2**). Систематический обзор результатов десяти рандомизированных контролируемых исследований по оценке влияния полицейского надзора за зонами повышенного риска на частоту краж, преступлений с применением насилия и беспорядков показал значительное снижение этих показателей. Важно отметить, что в этом обзоре была учтена вероятность перемещения преступлений и насилия на соседние территории. Также в обзоре была проведена оценка стратегий патрулирования зон повышенного риска, применяемых в сочетании со стратегиями проблемно-ориентированного полицейского надзора. Как было установлено, комбинация обоих подходов давала наибольшее снижение уровня преступности и насилия (84).

Вставка 2

#### **Кардиффская модель** (Уэльс)

**Кардиффская модель** профилактики насилия (85, 86) предусматривает сбор анонимных данных (кто, что, когда, где и как) о травмах, полученных в результате насилия, с которыми пострадавшие поступали в отделения неотложной медицинской помощи в Кардиффе (Уэльс), и сопоставление их с данными о проявлениях насилия, зарегистрированных полицией. Объединение сведений, поступающих из учреждений здравоохранения и полиции, позволяет более точно прогнозировать закономерности проявлений насилия и выявлять зоны повышенного риска.

Этот подход применяется для планирования и ориентирования мер полицейского надзора и других мероприятий, в перечень которых на данный момент входят:

- целенаправленное патрулирование, при котором дислокацию сил полиции координируют со временем и местом совершения насильственных преступлений в конкретных зонах повышенного риска;
- надзор за заведениями, имеющими лицензию на продажу алкоголя и попавшими в статистику инцидентов с применением насилия;
- предоставление информации для получения лицензий на продажу алкоголя и для отзыва лицензий;
- разработка стратегий для снижения риска, связанного с некоторыми видами оружия (например, предписание использовать только пластиковые стаканы, ограничение доступности напитков в стеклянных бутылках);
- информирование участников других программ в области общественного здравоохранения и социального обеспечения, таких как центры помощи людям с наркотической и алкогольной зависимостью.

Чтобы оценить эффективность Кардиффской модели, определяли, как применение этого подхода повлияло на количество пациентов, поступивших в отделения неотложной помощи с травмами в результате насилия, и на число зарегистрированных полицией случаев насилия за определённый период времени. Потом сравнивали эти цифры с показателями в таких же городах Англии, где описанный выше приём с обменом информацией не применяли.

Результаты оценки показали, что применяемая стратегия привела к снижению на 42% числа случаев госпитализации по сравнению с другими городами и к снижению числа случаев ранений, зафиксированных полицией, на 32% (**рисунок 5**). Несмотря на то что эта модель не ориентирована конкретно на детей, высокая доля подростков среди пострадавших, поступавших в лечебные учреждения Кардиффа с травмами в результате насилия, даёт веские основания полагать, что применение этого подхода привело к снижению уровня насилия среди подростков. Анализ экономической эффективности Кардиффской модели позволил оценить имевшее место в 2007 году сокращение экономических и социальных издержек, связанных с насилием, в 6,9 млн. фунтов стерлингов (86).



Рисунок 5. Сокращение числа связанных с насилием травм после реализации Кардиффской модели

### **Противодействие распространению насилия**

**Фактические данные.** Согласно результатам ряда квазиэкспериментальных исследований, проведённых в Чикаго, Балтиморе, Бруклине и Нью-Йорке (87-90), результатом программы «Терапия насилия» (Cure Violence) стало меньшее число зарегистрированных случаев применения огнестрельного оружия, убийств и лишения жизни в порядке самозащиты в тех сообществах, где программа была реализована в полном объёме, при этом уровень насилия снизился на 20-70%. Используя подход системы общественного здравоохранения, обычно применяемый для прекращения вспышек болезней, модель «Терапия насилия» рассматривает насилие как эпидемическое заболевание, распространение которого можно остановить тремя основными способами: 1) не допустить передачи от одного члена сообщества к другому; 2) предотвратить распространение внутри сообщества; 3) изменить существующие в сообществе нормы и условия, способствующие передаче «болезни». Программа «Терапия насилия» нацелена на повышение безопасности жилых районов, в которых высок риск вооружённого насилия, и её применение оказалось особенно эффективным средством снижения уровня насилия с применением огнестрельного оружия в зонах повышенного риска в пределах сообществ. В частности, эта модель предусматривает привлечение специально подготовленных людей из группы высокого риска для работы в качестве сотрудников, в задачу которых входит общение с проблемной молодёжью для выявления и предотвращения конфликтов, направление в соответствующие службы для получения помощи и изменение бытующих в сообществе представлений о допустимости насилия. Оценка результатов показала, что применение этого подхода привело к значительно более редкому восприятию насилия как допустимой меры (то есть к изменению установок и норм), как среди участни-

ков программы, так и среди молодых членов сообществ – вскоре после проведения мероприятий и по прошествии некоторого времени. По оценкам, проведённым через шесть месяцев после вмешательства и спустя ещё 17 месяцев, молодёжь в тех сообществах, где была реализована эта программа, проявляла меньшую склонность к насилию в качестве средства урегулирования споров по сравнению с другими рассматриваемыми сообществами (88). В 2016 году программа «Терапия насилия» была запущена в 22 городах восьми стран мира (см. <http://cureviolence.org/resources/cure-violence-resources/>).

### **Улучшение антропогенной среды**

**Фактические данные.** Концепция «Предотвращение преступлений за счёт дизайна среды» (Crime prevention through environmental design, CPTED) получает все большее признание, причём её применение в странах с высоким уровнем доходов и в ряде стран с низким и средним уровнем доходов даёт многообещающие результаты, на которые можно опираться при реализации мероприятий, направленных на предотвращение насильственных преступлений путём изменения способов организации физической среды. К элементам концепции CPTED относятся архитектурные приёмы, позволяющие людям хорошо видеть окружающих и принимать меры, чтобы избежать потенциальных угроз; организация контроля доступа; усиление чувства причастности и поощрение просоциального поведения. Среди прочих примеров реализации такого подхода – ландшафтный дизайн, создание и поддержание зелёных зон, озеленение пустырей, освещение, реконструкция заброшенных зданий, безопасный и доступный транспорт, обеспечение безопасности детей по дороге в школу (91).

В Колумбии провели оценку одного из вариантов реализации этой программы. В 2004 году



муниципальные власти города Медельин запустили систему легкодоступного общественного транспорта, связавшую отдалённые трущобные районы с вновь построенными парками, библиотеками и общественными организациями в центре города. Развитие транспортной системы сопровождалось муниципальными инвестициями в инфраструктуру жилых районов. В сферу охвата этой программы попали не все жилые районы, что дало возможность проверить влияние этих перемен на уровень насилия посредством такого нерандомизированного «естественного» эксперимента. В ходе оценки сравнивали распространённость насилия в районах, охваченных программой, и в близких по характеристикам районах из числа тех, которые в неё не попали (контрольная группа). Оценку проводили по выборке, куда вошли 225 респондентов из группы вмешательства и 241 респондент из контрольной группы (92). Оценка показала существенное снижение уровня насилия в жилых районах в результате этого вмешательства. Снижение количества убийств в период с 2003-го по 2008 год было на 66% больше в затронутых вмешательством жилых районах, чем в контрольных, а соответствующее снижение числа сообщений о проявлениях насилия в первой группе было больше на 74% (92). Также у жителей районов, охваченных этой программой, отмечался рост готовности полагаться на полицию. Несмотря на то что воздействие на уровни насилия оценивали без разбивки по возрастным группам, тот факт, что 40% населения этих районов составляли лица 12-20 лет и что для старшей группы мальчиков-подростков особенно велик риск убийства, говорит о благоприятном воздействии рассматриваемого вмешательства на судьбы молодых людей.

### **Parent and caregiver support (Поддержка родителей и воспитателей)**

**Цель:** снижение распространённости жестоких методов воспитания и формирование позитивных взаимоотношений между родителями и детьми.

#### **Обоснование**

Содействие пониманию родителями и воспитателями важной роли позитивных, ненасильственных способов поддержания дисциплины при воспитании детей, а также возможности тесного и эффективного общения между родителями и детьми, снижает распространённость жестоких методов воспитания, формирует позитивные модели взаимодействия между членами семьи и способствует более тесной связи между детьми и родителями или другими воспитателями. Все эти факторы помогают предотвращать насилие в

отношении несовершеннолетних. Ознакомление семей, родителей и воспитателей с позитивными способами воспитания детей способно предотвратить отчуждение детей от семьи, снизить риск жестокого обращения с детьми у них дома и вероятность того, что они окажутся свидетелями насилия в отношении их родной или приёмной матери со стороны её полового партнёра, а также может препятствовать распространению насильственных форм поведения в среде детей и подростков (93-95). Кроме того, оценка эффективности таких программ показывает, что затраты на внедрение этого способа профилактики меньше, чем издержки, связанные с последствиями насилия в отношении детей (96).

Эта стратегия вносит свой вклад в деятельность, направленную на решение задач ЦУР 1.3, 3.2 и 4.2, которая в свою очередь способствует реализации стратегии:

- 1.3 Внедрить на национальном уровне надлежащие системы и меры социальной защиты для всех, включая установление минимальных уровней<sup>d</sup>, и к 2030 году достичь существенного охвата бедных и уязвимых слоёв населения.
- 3.2 К 2030 году положить конец предотвратимой смертности новорождённых и детей в возрасте до 5 лет, при этом все страны должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность в возрасте до 5 лет до не более 25 случаев на 1000 живорождений.
- 4.2 К 2030 году обеспечить, чтобы все девочки и мальчики имели доступ к качественным системам развития, ухода и дошкольного обучения детей младшего возраста, с тем чтобы они были готовы к получению начального образования.

### **Потенциальное влияние поддержки родителей и воспитателей на снижение уровня насилия в отношении детей**

- Сокращение числа подтверждённых случаев жестокого обращения с детьми и случаев передачи дел в службы защиты детей.
- Сокращение распространённости насильственных, негативных или жестоких методов воспитания, особенно в связи с нарушениями дисциплины.
- Уменьшение числа детей, участвующих в травле, и тех, кто становится объектом преследования.
- Снижение уровня виктимизации, обусловленной физическим, эмоциональным или сексуальным насилием со стороны партнёров или сверстников.

<sup>d</sup> Например, национальные программы базового социального обеспечения, гарантирующие доступ к основным видам медицинской помощи и минимальный уровень дохода.

- Снижение уровня агрессии и преступности среди подростков.
- Более позитивное взаимодействие между родителями и детьми.
- Усиление родительского контроля за безопасностью детей и молодёжи.

### Подходы

Возможны разные подходы к поддержке родителей и воспитателей в зависимости от вида насилия, которому нужно противодействовать, возраста ребёнка и способа реализации политических мер и программ. Фактические данные свидетельствуют в пользу эффективности ряда применяемых приёмов, таких как посещение на дому, обучение в группах и оказание поддержки в условиях местных сообществ, а также указывают на то, что вопросы воспитания должны быть неременным компонентом комплексных мероприятий.

### *Поддержка родителей с помощью программы посещения на дому*

**Фактические данные.** Доказательства эффективности программ посещения на дому весьма убедительны, хотя необходимо отметить, что практически все исследования, по которым были сделаны оценки, проводились в странах с высоким уровнем доходов. В частности, в систематическом обзоре по результатам более 20 проведённых в США исследований такого рода программ сделан вывод о том, что они существенно снижали распространённость жестокого обращения с детьми (97).<sup>с</sup>

Из программ этого типа наиболее подробно изучена программа «Партнёрство медсестры – семья» (Nurse-Family Partnership, NFP), запущенная в 1977 году и направленная на создание безопасной домашней среды, содействие грамотному уходу за детьми со стороны родителей и улучшение материальной поддержки семей за счёт налаживания их связей со службами здравоохранения и социальной защиты. Основной движущей силой этой модели были лицензированные медсестры, которые посещали на дому молодых матерей, попавших в группу риска из-за юного возраста, отсутствия опыта или низкого дохода, на протяжении первых двух лет жизни ребёнка. В ходе трёх рандомизированных контролируемых исследований по оценке программы NFP, которые проводились на протяжении нескольких десятилетий, были получены документальные свидетельства ряда долгосрочных положительных ре-

зультатов. В их числе – улучшение показателей пренатального здоровья, уменьшение детского травматизма, снижение количества нежелательных беременностей и повышение уровня трудоустройства матерей (98). Результаты последующего наблюдения в течение 15 лет в рамках первого из этих исследований свидетельствуют о снижении числа случаев жестокого и пренебрежительного обращения с детьми в тех семьях, которые были охвачены программой посещения на дому, по сравнению с другими семьями (рисунок 6) (99). Кроме того, программа NFP экономически выгодна: проведённый для неё анализ эффективности затрат показал, что сэкономленные средства превысили расходы на эту программу в четыре раза (100). В настоящее время предложенный программой NFP подход распространяется по всей территории США и внедряется в других странах, среди которых Австралия, Канада, Нидерланды и Великобритания.

В систематическом обзоре за 2013 год была проведена оценка эффективности программ, направленных на улучшение позитивных родительских навыков и снижение распространённости грубых и насильственных методов воспитания в странах с низким и средним уровнем доходов (102). Хотя количество аналитически строгих исследований было невелико, результаты двух самых крупных исследований с наиболее высоким уровнем доказательности свидетельствуют о том, что вмешательства, направленные на методы родительского воспитания, могут быть реализованы на практике и способны эффективно улучшать взаимодействие между родителями и детьми, повышая при этом уровень знаний родителей в вопросах детского развития. В частности, в 1998 году в Кейптауне (Южная Африка) была запущена программа с посещениями на дому, в рамках которой обученные непрофессиональные сотрудницы, имеющие опыт материнства, совершали в среднем по 16 визитов, посещая на дому молодых матерей, живущих в условиях нищеты. Результаты рандомизированного исследования, оценённые через 12 месяцев после завершения этой программы, показали, что посещения на дому оказали существенное положительное влияние на качество взаимоотношений между матерью и ребёнком и на формируемое за счёт этой привязанности чувство защищённости у младенца. Известно, что эти факторы предотвращают жестокое обращение с детьми и положительно сказываются на развитии ребёнка (103).

<sup>с</sup> Не все программы с посещениями на дому одинаково эффективны. Выводы большинства обзоров, рассматривающих результаты отдельных программ, свидетельствуют о том, что некоторые из таких программ дают незначительный эффект или не оказывают никакого воздействия, в то время как другие показывают превосходные результаты. Столь противоречивые данные, вероятно, отражают большое разнообразие моделей посещений на дому по их содержанию и направленности. Например, в некоторых моделях реализация программы возложена на профессиональных медсестёр, в то время как в других работу выполняют обученные люди без специального образования; в одних вмешательства проводятся на протяжении нескольких лет, а в других небольшое число мероприятий осуществляется за короткий промежуток времени.



Источник: (101)

Более подробная информация представлена по ссылке [http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP\\_Evidentiary\\_Foundations.aspx](http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.aspx)

Рисунок 6. Снижение распространённости жестокого обращения с детьми за счёт реализации программы «Партнёрство медсестра – семья» за 15-летний период наблюдения

**Обучение и поддержка родителей, осуществляемые в группах в условиях сообщества**

**Фактические данные.** Получены обнадеживающие сведения о результатах обучения и поддержки родителей в группах. Инициатива «Взрослые вместе с детьми: воспитание детей в безопасности» (Adults and Children Together (ACT) Raising Safe Kids), реализованная не менее чем в 10 штатах США и в ряде других стран с низким и средним уровнем доходов, оказалась эффективной мерой для сокращения распространённости жестоких способов поддержания дисциплины, причём в некоторых случаях снижение этого показателя достигало 50% (104). А благодаря программе SOS, в которой участвовали работники учреждений здравоохранения первичного звена, реализуя её во время обычных посещений для вакцинации, существенно снизился уровень грубого или небрежного обращения с детьми в семьях в ряде стран с низким и средним уровнем доходов (102).

Доказана также эффективность программ просвещения родителей в условиях последствий конфликтов и в среде перемещённого населения. **Международный комитет спасения**, сотрудники которого работали с мигрантами из Бирмы, семьями перемещённых лиц на границе между Мьянмой и Таиландом (105) и с беднейшими сельскими общинами в Либерии (106), на основании результатов рандомизированных контролируемых исследований продемонстрировал, как реализуемые в группах программы для родителей в сочетании с ограниченным числом посещений на дому могут снизить распространённость жестоких физических и психологических наказаний, склонить родителей к применению позитивных методов для контроля поведения детей и

улучшить взаимодействие между детьми и теми, кто о них заботится.

Программа «Родители/семьи – это важно!» (Parents/Families Matter!) ориентирована на родителей и предназначена для популяризации позитивных приёмов воспитания и эффективного общения между родителями и детьми по вопросам пола, сексуального поведения и снижения связанного с этой сферой риска, профилактики ВИЧ, физического и эмоционального насилия и преступлений на сексуальной почве. Программа «Родители/семьи – это важно!» направлена на повышение осведомлённости родителей о важной роли, которую они играют в жизни своих детей, когда те становятся подростками, на популяризацию позитивных приёмов воспитания и подготовку родителей к разговору с ребёнком о вопросах пола (6).

Эта программа реализуется путём проведения в сообществах групповых мероприятий для родителей и других лиц, воспитывающих детей в возрасте 9-12 лет. В настоящее время эта программа действует в восьми африканских странах при поддержке ЦКПЗ и PEPFAR. В 2013 году в программу обучения «Семьи – это важно!», состоящую из пяти курсов, был добавлен шестой учебный модуль, посвящённый сексуальным посягательствам на детей. Цель этого модуля – повысить осведомлённость родителей о возможных сексуальных посягательствах в отношении детей и рассказать им о том, что они могут сделать, чтобы его предотвратить, и как поступить, если это произошло с их ребёнком (6).

Информационные материалы, предлагаемые программой «Родители/семьи – это важно!», переведены на 15 языков. Результаты проверки знаний путём тестирования до и после обучения по-

**Комплекс программ**  
**«Воспитание для обеспечения здоровья на всю жизнь»**  
(Южная Африка)

В Южной Африке в рамках инициативы «Воспитание для обеспечения здоровья на всю жизнь» (Parenting for Lifelong Health, PLH) ведётся разработка, тестирование и широкое распространение комплекса экономически доступных, основанных на фактических данных программ для родителей. Эти программы предусматривают работу в группах и предназначены для реализации в условиях нехватки ресурсов (107). Программы PLH в основном направлены на профилактику жестокого обращения с детьми и причастности детей к другим формам насилия, таким как насилие в молодёжной среде и насилие со стороны полового партнёра. В этот комплекс входят программы для грудных детей (PLH for Young Infants: начиная от последних месяцев беременности до 6 месяцев); для детей раннего возраста (PLH for Older Infants: 14-16 месяцев); для детей дошкольного и младшего школьного возраста (PLH for Kids: 2-9 лет) и для подростков (PLH for Teens: 10-17 лет). Все аналогичные комплексу PLH программы основаны на принципах совместного социального обучения, к которым относятся моделирование освоенных форм поведения; применение позитивных способов воздействия на ребёнка вместо наказания; положительная мотивация хорошего поведения; позитивные способы давать ребёнку указания; игнорирование попыток ребёнка привлечь к себе внимание путём непослушания; установка границ допустимого поведения ненавязчивыми методами.

Имеются предварительные доказательства эффективности программ этого типа в Южной Африке (103, 108). В частности, предварительные результаты крупного рандомизированного контролируемого исследования по оценке эффективности программы, аналогичной программе PLH для подростков, проводившегося в сельских и городских районах провинции Восточный Кейп, показывают, что по сравнению с контрольной группой уровень физического насилия в группе вмешательства снизился на 44% по мнению воспитателей и на 48% по мнению подростков; уровень эмоционального насилия снизился на 61% по мнению воспитателей и на 28% по мнению подростков. При этом по сравнению с контрольной группой стали чаще применяться позитивные методы воспитания, о чем заявляли как воспитатели (на 17%), так и подростки (на 7%) из группы вмешательства (Cluver L., Оксфордский университет, неопубликованные данные, 8 марта 2016 года). В настоящее время программы PLH адаптируются и проходят проверку в других странах с низким и средним уровнем доходов, в том числе в Демократической Республике Конго, Эль-Сальвадоре, Кении, Лесото, Республике Филиппины, Южном Судане и Танзании.

казали, что объем знаний и навыков родителей существенно вырос и они стали более уверенно разговаривать со своими детьми-подростками на темы сексуальности и снижения риска, связанного с сексуальным поведением. Оценка эффективности программы «Родители/семья – это важно!» в Кении показала, что как родители, так и дети сообщали о значительно выросшем уровне родительского контроля и о том, что им стало проще обсуждать вопросы пола и риска, связанного с сексуальностью человека. Результаты этой оценки свидетельствовали также о положительном отношении к этому мероприятию со стороны местного сообщества. На сегодняшний день в программе «Родители/семья – это важно!» приняли участие более 400 000 семей, причём 90% участников посещали все занятия в рамках программы (6).

**Поддержка и обучение родителей как часть комплексных программ**

**Фактические данные.** Комплексные программы ориентируются на уязвимые семьи, такие как семьи с матерями-подростками или с низкими доходами у родителей, и обычно реализуются на уровне сообществ в учреждениях здравоохранения, в школах или местных досуговых центрах.

Как правило, в состав этих программ входят такие элементы, как оказание поддержки семьям, дошкольное образование, предоставление услуг по уходу за детьми и медицинской помощи. Эти программы направлены на факторы риска, повышающие вероятность причастности детей к насилию, такие как деструктивное и агрессивное поведение в раннем возрасте, плохие когнитивные и социально-эмоциональные навыки, отсутствие социальной поддержки и ненадлежащее выполнение родителями их обязанностей. Некоторые программы, предусматривающие работу с родителями, направлены на формирование позитивных социально-эмоциональных навыков в целом, как, например, программа «**Позитивное действие**» (Positive Action) в США, или они могут быть нацелены конкретно на профилактику насилия, проявляемого сверстниками или партнёрами, такие как программа KiVa в Финляндии и не менее чем в 15 других странах, а также программа «**Семья за безопасность на свиданиях**» (Families for Safe Dates) в США. Осуществление этих программ сопровождалось значительным снижением таких показателей, как количество случаев насильственного поведения (на 20-60%), травли (на 20%) и виктимизации, связанной с физическим насилием на свиданиях (109-112).

---

---

## **Income and economic strengthening (Повышение доходов и улучшение экономического положения)**

**Цель:** повышение уровня экономической защищённости и стабильности, снижение распространённости жестокого обращения с детьми и насилия со стороны полового партнёра.

### **Обоснование**

Мероприятия, направленные на повышение доходов и улучшение экономического положения, могут благоприятно влиять на жизнь детей за счёт сокращения распространённости жестокого обращения с детьми и снижения уровня насилия со стороны полового партнёра, что в свою очередь уменьшает вероятность того, что дети окажутся свидетелями такого насилия и пострадают от последствий этой ситуации, среди которых есть потенциальный риск стать в будущем жертвой или виновником насилия. Кроме того, улучшение доступности экономических ресурсов для женщин повышает благосостояние домохозяйств, что может внести свой вклад в профилактику жестокого и небрежного обращения с детьми. В частности, это даёт возможность женщинам увеличить долю вложений в образование детей, что улучшает охват детей школьным образованием, а это один из защитных факторов, позволяющих предотвращать насилие в отношении детей.

Эта стратегия вносит свой вклад в деятельность, направленную на решение задач ЦУР 1.3, 1.4, 5.2, 5.3 и 10.2, которая, в свою очередь, способствует реализации стратегии:

- 1.3 Внедрить на национальном уровне надлежащие системы и меры социальной защиты для всех, включая установление минимальных уровней, и к 2030 году достичь существенного охвата бедных и уязвимых слоёв населения.
- 1.4 К 2030 году обеспечить, чтобы все мужчины и женщины, особенно малоимущие и уязвимые, имели равные права на экономические ресурсы, а также доступ к базовым услугам, владению и распоряжению землёй и другими формами собственности, наследуемому имуществу, природным ресурсам, соответствующим новым технологиям и финансовым услугам, включая микрофинансирование.
- 5.2 Ликвидировать все формы насилия в отношении всех женщин и девочек в публичной и частной сферах, включая торговлю людьми и сексуальную и иные формы эксплуатации.
- 5.3 Ликвидировать все вредные виды практики, такие как детские, ранние и принудительные браки и калечащие операции на женских половых органах.

- 10.2 К 2030 году поддержать законодательным путём и поощрять активное участие всех людей в социальной, экономической и политической жизни независимо от их возраста, пола, инвалидности, расы, этнической принадлежности, происхождения, религии и экономического или иного статуса.

### **Потенциальное влияние улучшения экономического положения семей на снижение уровня насилия в отношении детей**

- Сокращение распространённости физического насилия в отношении детей со стороны родителей или других воспитателей.
- Сокращение распространённости насилия со стороны полового партнёра.
- Снижение числа случаев присутствия детей при сценах домашнего насилия со стороны полового партнёра.
- Сокращение распространённости ранних и принудительных браков, в которые вынуждены вступать девочки.
- Повышение популярности социальных норм и установок, осуждающих насилие со стороны полового партнёра.

### **Подходы**

Обзоры результатов принятия мер, направленных на повышение доходов и улучшение экономического положения семей, свидетельствуют о том, что к числу перспективных подходов относятся выплата денежных пособий, а также программы, сочетающие обучение по вопросам гендерного равенства с созданием в местных сообществах групп для коллективного накопления средств и групповых займов или с практикой микрофинансирования (113).

### **Выплата денежных пособий**

**Фактические данные.** Начиная с середины 2000-х годов правительства стран с низким и средним уровнем доходов направляют все больше и больше средств на выплату денежных пособий – прямых регулярных платежей, увеличивающих доходы уязвимых домохозяйств, что, судя по всему, облегчает им доступ к медицинским и образовательным услугам (114). Исследования показали, что в тех случаях, когда женщинам выплачивали денежные пособия и при этом проводили с ними другие мероприятия, такие как занятия по воспитанию детей, среди них отмечалось улучшение родительского контроля, сокращение числа случаев жестокого обращения с детьми и увеличение распространённости просоциальных форм поведения, проявляющихся в позитивном, заботливом отношении и содействующих созданию атмосферы взаимной терпимости и дружбы между мальчиками-подростками (115-117).

Однако имеются также данные о том, что выплата денежных пособий девочкам без одновре-

менного проведения мероприятий, воздействующих на социальные и поведенческие установки, может повысить для них риск стать объектом сексуальных домогательств. Результаты одного из исследований (118) показали, что хотя у девочек, имеющих накопительные счета, увеличивались экономические активы, повышалась также частота случаев, когда они становились жертвами сексуальных прикосновений и домогательств со стороны мужчин. Важный вывод, который можно сделать из этих результатов, заключается в том, что для защиты девочек от повышенного риска сексуального насилия наращивание экономических активов должно сопровождаться укреплением социального статуса, в том числе за счёт участия в социальных сетях и приобретения знаний о репродуктивном здоровье.

Реализованная в Мехико программа **Oportunidades** была направлена на повышение качества образования, медицинского обслуживания и питания за счёт выплаты семьям денежных пособий. Выплата пособий зависела от выполнения семьями определённых условий, в частности, все дети школьного возраста должны были посещать школу. В результате оценки этой программы были получены убедительные доказательства того, что реализованные мероприятия привели к улучшению ряда показателей, благоприятно сказывающихся на статистике насилия в молодёжной среде, а именно: к увеличению доли детей, охваченных школьным образованием, и общего количества лет, проведённых ребёнком в школе; сокращению числа лиц, бросивших учёбу, и снижению потребления алкоголя (119).

Было показано, что денежные выплаты улучшают родительский контроль, снижают распростра-

нённость жестокого обращения с детьми на 10%, уменьшают частоту случаев проявления детьми агрессии на 10% и способствуют просоциальному поведению, особенно среди мальчиков-подростков (115-117). Результаты трёх рандомизированных контролируемых исследований, проведённых в штатах Калифорния и Висконсин в США, в которых выплата денежных пособий сопровождалась другими видами поддержки, такими как субсидии на медицинское страхование и посещение детских дошкольных учреждений или услуги по уходу, наряду с помощью в получении документа о среднем образовании по результатам тестирования *General Educational Development*, помощью в трудоустройстве или прохождении курсов профессионального обучения, показали наличие положительной тенденции к применению родителями позитивных методов воспитания (115, 116, 120). Кроме того, доказано, что благодаря выплате семьям денежных пособий уменьшается доля мальчиков и девочек, бросивших школу, и, судя по имеющимся данным, снижается число случаев присутствия детей при сценах насилия со стороны полового партнёра, что, в свою очередь, уменьшает для этих детей вероятность стать в будущем жертвами или виновниками насилия (121, 122).

**Объединение в группы для накопления средств и групповых займов наряду с обучением по вопросам гендерных норм и равноправия полов**

**Фактические данные.** В ходе проведённого в Кот-д'Ивуаре рандомизированного контролируемого исследования оценивали программу групповых сбережений и займов, частью которой были обсуждения в группах, состоящих из мужчин и женщин, вопросов о равноправии в применении

**Денежные выплаты помогают сократить распространённость сексуальных посягательств на детей и их сексуальной эксплуатации**  
(Кения, Замбия, Зимбабве, Малави, Танзания)

Выплата денежных пособий становится все более популярным средством в рамках применяемых правительствами африканских стран стратегий социальной защиты населения. Выплата денежных пособий как мера, непосредственно направленная на изменение структурных факторов, таких как бедность и невозможность получить образование, и тем самым уменьшающая степень гендерного неравенства, способна снижать для детей и молодёжи риск сексуальных посягательств и сексуальной эксплуатации.

На основании оценки воздействия в рамках инициативы «**Проект по оценке влияния денежных выплат**» (Transfer Project) была сформирована доказательная база, демонстрирующая положительное влияние масштабных государственных социальных программ по выплате денежных пособий на целый ряд показателей, характеризующих благополучие, экономическое положение и защищённость детей, в восьми африканских странах.

Связанный с государственными планами и структурами, этот проект обобщает информацию о процессе разработки и развёртывания национальных программ. Вновь полученные фактические данные свидетельствуют о том, что в результате реализуемой в Зимбабве программы «**Согласованные социальные выплаты**» (Harmonized Social Cash Transfer) снизилась вероятность принуждения молодёжи к половым контактам, а следствием программы «**Социальные денежные выплаты**» (Social Cash Transfer) в Малави стало более позднее начало половой жизни.

Более подробная информация представлена по ссылке <http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer>.

к гендерным ролям и нормам. Судя по полученным данным, в результате реализации программы число имевших место за прошедший год случаев насилия со стороны полового партнёра в жизни женщин, участвовавших в программе вместе со своими партнёрами-мужчинами и посетивших более 75% занятий в группах, уменьшилось более чем на 50% по сравнению с теми, кто участвовал только в части программы, связанной с групповыми сбережениями (123). Снижение этого показателя должно также уменьшить и уровень воздействия домашнего насилия на детей, которое связано со значительным риском будущего участия ребёнка в насильственных действиях в качестве жертвы и (или) виновника.

Несмотря на то что эта программа существенно снижала уровень насилия в отношении тех женщин, которые вышли замуж взрослыми, не наблюдалось никаких положительных сдвигов для женщин, вступивших в брак несовершеннолетними (124). Таким образом, перед тем как принимать решение о проведении таких мероприятий, крити-

чески важно тщательно оценить, как такого рода вмешательства влияют на конкретные группы населения.

**Микрофинансирование наряду с обучением по вопросам гендерных норм и равноправия полов**

**Фактические данные.** Экспериментальные исследования, проведённые в сельских районах Южной Африки, показали, что реализация программы микрофинансирования в сочетании с обучением по вопросам ВИЧ-инфекции, гендерных норм, домашнего насилия и половых отношений, известной под названием **IMAGE (Intervention with Microfinance for AIDS and Gender Equity / Противодействие распространению СПИДа и преодоление гендерного неравенства с помощью микрофинансирования)**, привела к снижению на 50% числа случаев физического и (или) сексуального насилия среди женщин, участвовавших в программе, по сравнению с этим показателем в контрольной группе (рисунок 4) (125-127).



Источник: (128)

Рисунок 4. Снижение распространённости насилия со стороны полового партнёра среди 430 женщин, участвовавших в программе IMAGE

**Программа «Расширение возможностей и улучшение финансового положения подростков» (Афганистан и Уганда)**

Программа «Расширение возможностей и улучшение экономического положения подростков» (Empowerment and Livelihood for Adolescents, ELA) предлагает сотням тысяч девочек-подростков в возрасте 14-20 лет возможность изменить свою жизнь к лучшему за счёт обучения жизненным навыкам под руководством кураторов и доступа к микрофинансированию. Запущенная международной организацией BRAC и реализованная в разных странах мира, в том числе в Афганистане и Уганде, программа ELA отличается от большинства обучающих программ по двум параметрам: в этой программе объединены компоненты, относящиеся к жизненным навыкам и к вопросам финансового самообеспечения, поэтому расширение социальных возможностей подкрепляется возможностью улучшения финансового положения; обучение проводится на базе подростковых клубов, а не в школах. Занятия с подростками в клубах позволяют охватить не только учащихся школ, но и тех, кто не посещает учебные заведения. Кроме того, атмосфера клуба способствует тому, что девочки чувствуют себя достаточно свободно, чтобы обсуждать затрагиваемые программой вопросы в небольших группах и создавать социальные сети в стороне от давления семьи и общества, построенного на главенствующей роли мужчины (6).

Эти программы знакомят девочек с их правами, помогают им в разрешении конфликтов и расширяют их знания в области сохранения здоровья и в вопросах пола, причём занятия с участниками программы проводят кураторы-сверстницы. Девочкам рассказывают о том, как важно продолжать учиться в школе и избежать раннего брака и беременности. Под руководством кураторов-сверстниц девочки приобретают базовые знания для повышения финансовой грамотности – узнают, как зарабатывать деньги и делать сбережения, а также получают навыки самообеспечения, бизнес-планирования и ведения бюджета, что помогает им обрести уверенность в себе и формирует у них предпринимательский склад мышления (6).

Результаты строгого анализа эффективности программы ELA показали, что она положительно влияет на жизнь девочек. В 2014 году Всемирный банк провел оценку результатов реализации программы ELA в Уганде, стране с самой высокой в мире безработицей среди молодых женщин и уровнем подростковой беременности, составляющим 10-12%. В отчёте приведены следующие показатели для участниц программы ELA в сравнении с девочки-подростками, не участвовавшими в этой программе:

- уровень подростковой беременности был на 26% ниже, а частота использования презервативов выросла на 28%;
- частота раннего вступления в брак или сожительства вне брака снизилась на 58%;
- количество сообщений о принудительных половых контактах снизилось на 50%.

Кроме того, среди участниц программы ELA число занятых приносящей доход деятельностью увеличилось на 72%, причём практически полностью за счёт самозанятости. Примечательно, что проведённая оценка не выявила среди участниц программы снижения уровня охвата школьным образованием. Действительно, девочки, ранее бросившие учёбу, все чаще проявляли желание снова посещать школу, что говорит о положительной корреляции между расширением возможностей девочек за счёт овладения профессиональными и жизненными навыками и их готовностью вкладывать средства в образование (129, 130).

*(продолжение следует)*

#### **Список литературы**

1. WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016; 137(3): e20154079.
3. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: United Nations Children's Fund; 2014.
4. Stoltenborgh MA, van Ijzendoorn MH, Euser E, Bakerman-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011; 16: 79-101.
5. Stoltenborgh MA, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*. 2013; 48: 81-94.
6. Ending violence against children: six strategies for action. New York: UNICEF; 2014.
7. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015.
8. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M, Marks J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4): 245-58.
9. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi, A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. Anderson N, Cockcroft A, Shea B. Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyper-endemic countries of southern Africa. *AIDS*. 2008; 22: S73-86.
11. Baral SC, Beyrer K, Muessig T, Poteat AL, Wirtz MR, Decker et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*. 2012; 12: 538-49.
12. Benjet C. Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence characteristics and mental health consequences. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010; 4: 356-62.
13. Devries KC, Watts M, Yoshihama L, Kiss LB, Schraiber N, Deyessa et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*. 2011; 13: 79-86.
14. Dietz PM, Spitz AM, Anda D, Williamson F, McMahon PM Santelli JS et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA*. 1999; 282: 1359-64.



- 
- 
15. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson F, Giles WH. Childhood abuse household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001; 286: 3089-96.
  16. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012; 90: 139G-149G.
  17. García-Moreno C, Riecher-Rössler A, editors. Key issues in mental health. *Violence against Women and Mental Health*. 2013; 178: Basel Switzerland: Karger.
  18. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*. 2000; 106(1): E11.
  19. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy long-term psychosocial outcomes and fetal death. *Pediatrics*. 2004; 113(2): 320-27.
  20. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence relationship power inequity and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2010; 376: 41-8.
  21. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*. 2010; 197: 378-85.
  22. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2010; 2012380 (9859): 2095-128.
  23. Machtinger EL, Haberer JE, Wilson TC, Weiss DS. Recent trauma is associated with antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders. *AIDS & Behavior*. 2012a; 16: 2160-70.
  24. Machtinger EL, Wilson TC, Haberer JE, Weiss DS. Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. *AIDS & Behavior*. 2012b; 16: 2091-100.
  25. Mbagaya C, Oburu P, Bakermans-Kranenburg MJ. Child physical abuse and neglect in Kenya Zambia and the Netherlands: a cross-cultural comparison of prevalence psychopathological sequelae and mediation by PTSS. *International Journal of Psychology*. 2013; 48: 95-107.
  26. Norton R, Kobusingy O. Injuries. *New England Journal of Medicine*. 2013; 368: 1723-30.
  27. Reza A, Breiding MJ, Gulaid G, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet*. 2009; 373: 1966-72.
  28. Silverman JG, Michele R, Decker MR, Heather L, McCauley MS, Katelyn P et al. A regional assessment of sex trafficking and STI/HIV in Southeast Asia: connections between sexual exploitation violence and sexual risk. Colombo Sri Lanka: UNDP Regional Center in Colombo; 2009 <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hiv/aids/English/SexTrafficking.pdf>.
  29. Tharp AT, Degue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma Violence & Abuse*. 2012; 14 (2):133-67.
  30. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Body weight obesity and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*. 2002; 26: 1075-82.
  31. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*. 2012; 36: 156-65.
  32. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2016 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>).
  33. Fang X, Fry D, Brown D, Mercy J, Dunne M, Butchart A, Corso P, Maynzyukh K, Dzhygyrh Y, Chen Y, McCoy A, Swales D. The burden of child maltreatment in the East Asia and Western Pacific region. *Child Abuse and Neglect*. 2015; 42: 146-62.
  34. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization; 2006.
  35. Fulu E, Warner X, Miedema S, Jewkes R, Roselli T, Lang J. Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. Bangkok: UNDP, UNFPA, UN Women and UN Volunteers. 2013.
  36. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.
  37. Frieden TR. Six components necessary for effective public health programme implementation. *American Journal of Public Health*. 2014; 104: 17-22. doi:10.2105/AJPH.2013.301608.
- 
-

- 
- 
38. UN Resolution A/RES/69/194 Part one (I) Ensuring the prohibition by law of all forms of violence against children. 2014.
  39. Osterman K, Bjorkqvist K, Wahlbeck K. Twenty eight years after the complete ban on physical punishment of children in Finland: trends and psychosocial concomitants. *Aggressive Behavior*. 2014; 9999: 1-14.
  40. Roberts JV. Changing public attitudes towards corporal punishment: the effects of statutory reform in Sweden. *Child Abuse & Neglect*. 2000; 24: 8, 1027-35.
  41. Sariola H. Attitudes to disciplinary violence. Finland: Central Union for Child Welfare; 2012.
  42. Bussmann K, Erthal C, Schroth A. Effects of banning corporal punishment in Europe: a five-nation comparison. In: Durrant JE, Smith AB, editors. *Global pathways to abolishing physical punishment*. New York: Routledge; 2011: 299-322.
  43. Zolotor AJ, Puzia ME. Bans against corporal punishment: a systematic review of the laws, changes in attitudes and behaviours. *Child Abuse Review*. 2010; 19, 229-47.
  44. End Corporal Punishment [website]. London (<http://www.endcorporalpunishment.org/>, accessed 20 May 2016).
  45. Never violence – 30 years on from Sweden’s abolition of corporal punishment. Government Offices of Sweden and Save the Children Sweden; 2009, pp. 3.
  46. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
  47. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Frontiers in Public Health*. 2015; 253: 1-11.
  48. Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Complying with the minimum drinking age: effects of enforcement and training interventions. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*. 2005; 29: 255-62.
  49. Wechsler H, Nelson TF. Will increasing alcohol availability by lowering the minimum legal drinking age decrease drinking and related consequences among youths? *American Journal of Public Health*. 2010; 100: 986-92. doi: 10.2105/AJPH.2009.178004.
  50. Xuan Z, Hemenway D. State gun law environment and youth gun carrying in the United States. *JAMA Pediatrics*. 2015; 169(11): 1024-31. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.2116.
  51. DeSimone J, Markowitz S, Xu J. Child access prevention laws and nonfatal gun injuries. *Southern Economic Journal*. 2013; 80(1): 5-25.
  52. Santaella-Tenorio J, Cerdá M, Villaveces A, Galea S. What do we know about the association between firearm legislation and firearm-related injuries? *Epidemiologic Review*. 2016; 38: 140-157.
  53. Matzopoulos RG, Thompson ML, Myers JE. Firearm and nonfirearm homicide in five South African cities: a retrospective population-based study. *American Journal of Public Health*. 2014; 104(3): 455-60.
  54. UNICEF Strategic Plan, 2014-2017. New York: UNICEF; 2014 p.6.
  55. Dworkin S, Hatcher A, Colvin C, Peacock D. Impact of a gender-transformative HIV and antiviolenence program on gender ideologies and masculinities in two rural, South African communities. *Men & Masculinities*. 2012; 16: 181-2.
  56. Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behavior in rural South Africa: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 2008; 10: 1-11.
  57. Paine K, Hart G, Jawo M, Ceesay S, Jallow M, Morison L et al. Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. *African Journal of AIDS Research*. 2002; 1: 41-52.
  58. Skevington S, Sovetkina E, Gillison F. A systematic review to quantitatively evaluate ‘Stepping Stones’: a participatory community-based HIV/AIDS prevention intervention. *AIDS & Behavior*. 2013; 17: 1025-39.
  59. Verma R, Pulerwitz J, Mahendra VS, Khandekar S, Singh A K, Das SS et al. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council; 2008.
  60. Miller E, Tancredit D, McCauley H, Decker M, Virata M, Anderson H et al. Coaching Boys into Men: a cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. *Journal of Adolescent Health*. 2012; 51: 5, 431-8.
  61. Lundgren R, Beckman M, Prasad Chaurasiya S, Subhedi B, Brad Kerner Whose turn to do the dishes? Transforming gender attitudes and behaviours among very young adolescents in Nepal, *Gender & Development*, 2013; 21: 1, 127-145.
  62. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Global Health*. 2014; 2(3): e155-64. doi:10.1016/S2214-109X(13)70179-7.
  63. Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? Geneva: World Health Organization; 2008 (WHO Fact Sheet WHO/MPS/08.14).
- 
-

- 
- 
64. WHO Guidelines. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
  65. Mathur S, Malhotra A, Mehta M. Youth reproductive health in Nepal: is participation the answer? Washington, DC: Improving Women's Health Worldwide; 2004.
  66. Early marriage: a harmful traditional practice: a statistical exploration. New York: UNICEF; 2005.
  67. Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review. No.6. New York: UNICEF; 2007.
  68. Clifton D, Frost A. World's Women and Girls 2011 Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2011.
  69. Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S. Solutions to end child marriage: what the evidence shows. Washington DC: International Center for Research on Women; 2011.
  70. Pulerwitz J, Martin S, Mehta M, Castillo T, Kidanu A, Verani F et al. Promoting gender equity for HIV and violence prevention: results from the Male Norms Initiative evaluation in Ethiopia. Washington, DC: PATH; 2010.
  71. Raising Voices: Preventing Violence against Women and Children [website Kampala, Uganda ([www.raisingvoices.org](http://www.raisingvoices.org), accessed 22 May 2016)].
  72. Watts C, Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine*. 2014; 12: 122.
  73. Kyegombe N, Abramsky T, Devries K et al. What is the potential for interventions designed to prevent violence against women to reduce children's exposure to violence? Findings from the SASA! Study, Kampala, Uganda. *Child Abuse & Neglect*. 2015; 50: 128-140.
  74. Usdin S et al. Achieving social change on gender-based violence: A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. Elsevier: *Social Science & Medicine*. 2005; 61: 2434-2445.
  75. Soul Buddyz: tomorrow is ours. Soul City Institute Evaluation Report. Health and Development Africa Party and Soul City; 2008: pp.2 (<http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-buddyz-series/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluationreport-2008/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluation-report-2008>).
  76. Banyard VL, Moynihan MM, Plante EG. Sexual violence prevention through bystander education: an experimental evaluation. *Journal of Community Psychology*. 2007; 35, 463-81.
  77. Coker AL, Fisher BS, Bush HM, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. 2014. Evaluation of the Green Dot Bystander Intervention to reduce interpersonal violence among college students across three campuses. *Violence against Women*. 2015; 21: 12, 1507-27.
  78. Coker AL, Bush HM, Fisher BS, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. Multi-college bystander intervention evaluation for violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.034 (e-pub ahead of print).
  79. UN Resolution A/RES/69/194 (model strategies), 2014.
  80. Minamisava R, Nouer SS, Neto OL, Melo LK, Andrade AL. Spatial clusters of violent deaths in a newly urbanized region of Brazil: highlighting the social disparities. *International Journal of Health Geography*. 2009; 27; 8, 66. doi: 10.1186/1476-072X-8-66.
  81. Bell N, Schuurman N, Hameed SM. A multilevel analysis of the socio-spatial pattern of assault injuries in greater Vancouver, British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*. 2009 Jan-Feb; 100(1): 73-7.
  82. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman S, Matzopoulos R, Zargaran E, Cinnamon J et al. Trauma Surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. *JAMA Surgery*. 2014; 149(6): 549-556. doi:10.1001/jamasurg.2013.5267.
  83. Wiebe DJ, Richmond TS, Guo W, Allison PD, Hollander JE, Nance ML et al. Mapping activity patterns to quantify risk of violent assault in urban environments. *Epidemiology*. 2016; 27(1): 32-41.
  84. Braga A, Papachristos A, Hureau, D. Hotspots policing effects on crime. *Campbell Systematic Reviews*. 2012; 8.
  85. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymized information sharing and use in health service, police and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *British Medical Journal*. 2011; 342: d3313.
  86. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon TR. An economic evaluation of anonymised information sharing in a partnership between health services, police and local government for preventing violence-related injury. *Injury Prevention*. 2014; 20: 108-14.
  87. Skogan W, Harnett SM, Bump N, DuBois J. Evaluation of CeaseFire-Chicago. Chicago: Northwestern University Institute for Policy Research; 2009.
  88. Webster D.W, Whitehill JM, Vernick JS, Parker EM. Evaluation of Baltimore's Safe Streets Program: effects on attitudes, participants' experiences, and gun violence. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for the Prevention of Youth Violence; 2012.
  89. Picard-Fritsche S, Cerniglia L. Testing a public health approach to gun violence. New York: Center for Court Innovation; 2013.
- 
-

- 
- 
90. Henry D, Knoblauch S, Sigurvinsdottir R. The effect of intensive ceasefire intervention on crime in four Chicago police beats: quantitative assessment. Chicago, IL: Robert R. McCormick Foundation; 2014.
  91. Cassidy T, Inglis G, Wiysonge C, Matzopoulos R. A systematic review of the effects of poverty de-concentration and urban upgrading on youth violence. *Health & Place*. 2014; 26: 78-87.
  92. Cerdá M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A et al. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellín, Colombia. *American Journal of Epidemiology*. 2012; 15; 175(10): 1045-53. doi: 10.1093/aje/kwr428. Epub 2012 Apr 2.
  93. Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 318: 829-52.
  94. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997; 278: 8, 637-43.
  95. Olds DL, Kitzman HL, Cole RE, Hanks CA, Arcoletto KJ, Anson EA et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010; 164: 5, 419-24.
  96. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, 2006. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)).
  97. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005; 28: 11-39.
  98. Research trials and outcomes. Denver: Nurse-Family Partnership; July 2014, pp. 2 ([http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP\\_Research\\_Outcomes\\_2014.aspx](http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP_Research_Outcomes_2014.aspx)).
  99. Evidentiary foundations of Nurse-Family Partnership. Denver: Nurse-Family Partnership; 2011, pp. 2 ([http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP\\_Evidentiary\\_Foundations.asp](http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.asp)).
  100. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions: proven results, future promises. 2005. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2005.
  101. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 1998; 14; 280(14): 1238-44.
  102. Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. *Prevention Science*. 2013;14(4): 352-63. doi: 10.1007/s11121-012-0314-1.
  103. Cooper P J, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 2009; 338: b974.
  104. Knox M, Burkhart K. A multi-site study of the ACT Raising Safe Kids program: predictors of outcomes and attrition. *Children & Youth Services Review*. 2014; 39: 20-4.
  105. Building happy families. Impact evaluation of a parenting and family skills intervention for migrant and displaced Burmese families in Thailand. New York: International Rescue Committee; 2014.
  106. Parents make the difference. Findings from a randomized impact evaluation of a parenting program in rural Liberia. New York: International Rescue Committee; 2014.
  107. Cluver L, Lachman J, Ward CL, Gardner F, Peterson T, Hutchings et al. Development of a parenting support programme to prevent abuse of adolescents in South Africa: findings from a pilot pre-post study. *Research on Social Work Practice*; (in press).
  108. Vally Z, Murray L, Tomlinson M, Cooper PJ. The impact of dialogic book-sharing training on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 56(8), 865-873.
  109. Beets MW, Flay BR, Vuchinich S, Snyder FJ, Acock A, Li KK et al. Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. *American Journal of Public Health*. 2009; 99: 8, 1438-45.
  110. Washburn I, Acock A, Vuchinich S, Snyder F, Li K, Ji P et al. Effects of a social-emotional and character development program on the trajectory of behaviors associated with social-emotional and character development: findings from three randomized trials. *Prevention Science*. 2011; 12: 3, 314-23.
  111. Kärnä A, Voeten M, Little TD, Poskiparta E, Kaljonen A, Salmivalli C. A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program: grades 4-6. *Child Development*. 2011; 82: 1, 311-30.
  112. Salmivalli C, Poskiparta E. KiVa anti-bullying program: Overview of evaluation studies based on a randomized controlled trial and national rollout in Finland. *International Journal of Conflict & Violence*. 2012; 6: 2, 294-301.
- 
-

- 
- 
113. Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming. Washington DC: The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); July 2012.
  114. Cash transfers literature review. London: UK Department for International Development; 2011.
  115. Cancian M, Yang M, Slack KS. The effect of additional child support income on the risk of child maltreatment. *Social Service Review*. 2013; 87(3): 417-37.
  116. Huston AC, Miller C, Richburg-Hayes L, Duncan GJ, Eldred CA, Weisner TS et al. New hope for families and children: five year results of a program to reduce poverty and reform welfare. New York: Manpower Demonstration Research Corporation; 2003.
  117. Ozer EJ, Fernald LCH, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. *Pediatrics*. 2009; 123: e630-7.
  118. Austrian K, Muthengi E. Can economic assets increase girls' risk of sexual harassment? Evaluation results from a social, health and economic asset-building intervention for vulnerable adolescent girls in Uganda. Nairobi, Kenya: Population Council; 2014.
  119. Bobonis G, Castro R. Public transfers and domestic violence. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2013; 5(1): 179-205.
  120. Eldred C, Zaslow M. Parenting behavior in a sample of young mothers in poverty: results of the New Chance observational study. New York: Manpower Development Research Corporation; 1998.
  121. Child Protection in Crisis Network's Livelihoods and Economic Strengthening Task Force. The impacts of economic strengthening programs on children. New York: Colombia University and Women's Refugee Commission; 2011.
  122. Vyas S, Watts C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low- and middle-income countries? A systematic review of published evidence. *Journal of International Development*. 2009; 21: 577-602.
  123. Gupta J, Falb KL, Lehmann H, Kpebo D, Xuan Z, Hossain M et al. Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Cote d'Ivoire: a randomized controlled pilot study. *BMC International Health and Human Rights*. 2013; 13(1): 46.
  124. Falb KL, Annan J, Kpebo D, Cole H, Willie T, Xuan Z, Raj A, Gupta J. Differential impacts of an intimate partner violence prevention program based on child marriage status in rural Côte d'Ivoire. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Nov; 57(5): 553-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.08.001. Epub 2015 Sep 12.
  125. Jan J, Ferrari G, Watts CH, Hargreaves JR, Kim JC, Phetla G et al. Economic evaluation of a combined microfinance and gender training intervention for the prevention of intimate partner violence in rural South Africa. *Health Policy and Planning* 2011; 26: 366-72.
  126. Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC, Morison LA, Phetla G, Watts C et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: A cluster randomised trial. *Lancet*. 2006; 368 (9551): 1973-83.
  127. Pronyk PM, Hargreaves JR, Morduch J. Microfinance programs and better health: prospects for sub-Saharan Africa. *JAMA*. 2007; 298: 16, 1925-27.
  128. Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR, Ndhlovu LX, Phetla G, Morison LA, Busza J, Porter JDH, Pronyk P. Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health*. 2007; 97: 10: 1794-1802.
  129. Bandiera O et al. Women's Empowerment in Action: Evidence from a randomized control trial in Africa. 2014 (<http://www.ucl.ac.uk/~uctpimr/research/ELA.pdf>, accessed 21 May 2016).
  130. Gender-based violence prevention: lessons from World Bank impact evaluations. Washington DC: World Bank; 2014 ([http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/05/02/000333037\\_20140502121541/rendered/PDF/878540BrI0enGE0Box385206B00PUBLIC0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/05/02/000333037_20140502121541/rendered/PDF/878540BrI0enGE0Box385206B00PUBLIC0.pdf), accessed 21 May 2016).

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### МЕТА-МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ – КАК ТРЕТИЙ ПУТЬ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А.Л. Катков

ректор Международного института социальной психотерапии, д.м.н.,  
профессор, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

#### Введение

Аргументы и материалы, приведённые в настоящей статье, опираются на хорошо известный принцип того, что если предметная сфера какого-либо научно-практического направления начинает необратимо меняться, то и само это направление с необходимостью должно измениться с тем, чтобы наилучшим образом соответствовать сложившимся реалиям.

В сфере профессиональной психотерапии новые реалии таковы, что темпы, масштабы распространения и тяжесть проявлений проблематики, с которой клиенты обращаются к специалистам-психотерапевтам (расстройства адаптации во всём их многообразии, химические и деструктивные психологические зависимости, расстройства личности, длительно текущие психосоматические и психические заболевания и пр.), в самые последние десятилетия приобретают характер деструктивных социальных эпидемий, по всей видимости, наиболее опасного и непредсказуемого феномена новейшего времени.

Соответственно, если термин «социальная психотерапия» традиционно употреблялся применительно только лишь к определённым психотерапевтическим моделям, то мы предлагаем использовать данный термин для обозначения нового статуса профессиональной психотерапии, в полной мере отвечающего реалиям новейшего времени. Речь идёт о кардинальном развороте профессии от эксклюзивных или «клубных» моделей с крайне ограниченным сектором взаимодействия с невротизированными клиентами – к абсолютно новым концептуальным и организационным моделям «бытия» профессиональной психотерапии в современном мире. Что, в конечном итоге, должно приводить к полноценному охвату населения эффективной дифференцированной психотерапевтической помощью.

Однако не только логика необходимой профессиональной трансформации под влиянием более чем тревожных социальных детерминант подвигает нас к новому пониманию социальной психотерапии. Очень похоже, что ситуация, складывающаяся в сфере нормативного регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности (по крайней мере, вероятная перспектива развития данной ситуации) не оставит

нам другого выбора. Публикуемое содержание последних версий разрабатываемого Федерального закона «О психологической помощи в Российской Федерации» в части легального допуска к психотерапии сводится к тому, что немедицинскую психотерапевтическую помощь смогут оказывать лишь специалисты с высшим психологическим образованием и никто более. Помимо того, что именно таким образом разрывается единство профессии – появляется абсолютно необоснованная, неадекватная и явно противоречащая общемировым тенденциям (см. содержание Страсбургской декларации, Европейской психотерапевтической ассоциации от 21 октября 1990 г.) «множественная психотерапия» – из легального профессионального поля вымываются специалисты, получившие дополнительное психологическое и собственно психотерапевтическое образование. А это, вне всякого сомнения, большая и лучшая часть подготовленных профессионалов психотерапевтического профиля.

Словом, вопреки всем нашим усилиям и призывам к здравому смыслу, ящик разделяющей и опустошающей «Пандоры» открыт, и теперь нужно понимать, как использовать эти критические обстоятельства в пользу развития профессиональной психотерапии в Российской Федерации (РФ).

В ключе всего сказанного, полагаем, что идея социальной психотерапии как «третьего пути» развития профессии в Российской Федерации более чем актуальна. И далее, эта идея может быть обоснована следующим образом.

Во-первых, предлагаемая дифференциация профессиональной психотерапии на медицинскую, психологическую и социальную психотерапию соответствует доминирующему в обозначенных научных направлениях био-психо-социальному подходу. Аргументированное следование данному принципу позволит «отцепить» наиболее дееспособный профессиональный сектор от новоявленного лингвистического и, одновременно, нормативного капкана «немедицинской психотерапии», сохранить существенную часть действующих специалистов-психотерапевтов в легальном профессиональном поле. И, что крайне важно, – обеспечить растущий объём усилий по эффективно противодействию процессу распространения деструктивных социальных эпидемий в РФ. Более того, движение в данном направлении открывает,

---

---

наконец, вполне реальные перспективы осмысленной работы с содержательным наполнением собственно социального компонента обозначенного приоритетного подхода. В то время как все предшествующие непрофессиональные или полупрофессиональные попытки решения данной задачи за счёт набора информационных штампов и чистого энтузиазма – здесь мы будем вполне откровенны – оказались провальными.

Во-вторых, именно таким образом решается сложнейшая проблема обеспечения роста качества реально оказываемого объёма психотерапевтической помощи. В разработанной мета-модели социальной психотерапии все эти вопросы нашли адекватное решение. И, безусловно, такие решения – более чем достойная альтернатива перспективе очевидного выдавливания большей части действующих специалистов-психотерапевтов в сферу нелегального психотехнического бизнеса (т. е. – прямому пути к стагнации и последующему обвалу качества оказываемой профильной помощи).

Вместе с тем – и это уже сущностный, а не только прагматический аргумент – мета-модели социальной психотерапии отнюдь не является каким-то предельно редуцированным вариантом медицинской или психологической модели психотерапии. Напротив, здесь-то и содержится ядро, позиционирующее профессиональную психотерапию в качестве самостоятельного и состоятельного научно-практического направления. А общий объём, качество и доказательная сила аргументов, обосновывающих предлагаемые здесь теоретические и практические новации, только лишь подтверждает перспективность этого «третьего пути» развития профессии.

Предлагаемое обновлённое понимание главной магистрали развития психотерапии могло появиться на свет только лишь после завершения многолетнего исследовательского цикла, включающего серию масштабных исследовательских проектов, реализуемых в рамках деятельности Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, РК), кафедры психотерапии, психиатрии, наркологии РНПЦ МСПН, Международного института социальной психотерапии (г. Санкт-Петербург, РФ).

Проведённые исследования со всей очевидностью продемонстрировали необходимость разработки такой модели социальной психотерапии, технологические и организационные характеристики которой соответствуют глобальной задаче эффективного противодействия деструктивным социальным эпидемиям. В частности такая модель должна предусматривать:

- полноценную разработку концепта качественных характеристик психического здоровья с возможностью их трансформации в универсальные мишени социальной пси-

хотерапии; проработку эффективных технологий профессиональной психотерапевтической работы с такими универсальными мишенями;

- адекватное теоретическое обоснование основных психотерапевтических эффектов и возможности их адекватной трансляции в помогающие и развивающие практики второго уровня (смежные психотерапевтические компетенции);
- глубокую проработку интегративного вектора развития профессиональной психотерапии и обоснование эффективных универсалий в технологическом оформлении психотерапевтической и смежных практик;
- обеспечение соответствия психотерапевтической практики запросу основной части населения на экспресс-форматы профильной помощи с одной стороны и эффективную долговременную психотерапевтическую помощь лицам с тяжёлыми и длительно текущими соматическими заболеваниями, эндогенными расстройствами психики и поведения, химическими и деструктивными психологическими зависимостями – с другой стороны;
- разработку современной организационной модели, включающей кластерный принцип организации и взаимодействия трёх основных секторов социальной сферы (образование, здравоохранение, социальная помощь) и трёх основных сфер профессиональной деятельности, представленных в данных секторах – психолого-психотерапевтической, саногенной (первично-профилактической), аддиктологической, обеспечивающей возможность полноценного охвата существенной части населения высокоэффективными технологиями социальной психотерапии;
- разработку унифицированных инструментов управления качеством психотерапевтической помощи, оказываемой на всех уровнях мета-модели социальной психотерапии (профессиональные стандарты, программы профессиональной подготовки, универсальные оценочные инструменты, способы контроля качества профессиональной деятельности специалистов и организаций и пр.);
- формирование и активную деятельность деспособного института саморегулирования, способного выполнять функцию отраслевого национального регулятора в сфере социальной психотерапии;
- формирование и последующее форсированное развитие сетевого (единая информационная сеть) принципа деятельности профессионального сообщества – прямой коммуникации с населением;

- 
- 
- обеспечение, в силу всего сказанного, возможности достижения в краткосрочной (3-5 лет) перспективе эффективного блокирования неблагоприятных тенденций в сфере снижения качественных характеристик социального психического здоровья; в среднесрочной перспективе (6-10 лет) – обеспечение тенденций устойчивого роста ключевых индикаторов социального психического здоровья, в частности, существенного повышения устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, снижения первичной и общей заболеваемости по профилю адаптационных расстройств, химических и деструктивных психологических зависимостей.

Мета-модель социальной психотерапии, общие контуры которой представлены в настоящей статье, практически полностью удовлетворяет всем вышеприведённым требованиям.

Крайне важным является факт того, что упомянутые масштабные исследования, проводимые нами с конца 80-х годов прошлого столетия по всему, необходимому в данном случае спектру научной проблематики, продемонстрировали состоятельность, и высокую эффективность разработанной мета-модели социальной психотерапии также, как и состоятельность используемого подхода в развитии профессиональной психотерапии в целом.

#### **Определение и основные характеристики мета-модели социальной психотерапии**

В концептуальном смысле *мета-модель социальной психотерапии* следует понимать как способ реализации обновлённых доктринальных подходов и установок в сфере профессиональной психотерапии, используемых с целью достижения высоких уровней психологического здоровья в обществе, эффективного противодействия распространению деструктивных социальных эпидемий новейшего времени.

При этом характеристики целостности и масштаба представляемого нами формата профессиональной психотерапии позволяют обозначить данный формат как «мета-модель».

Ещё одним аргументом в пользу такого обозначения является признание фактов того, что хотя и профессиональная психотерапия одновременно живёт в разных эпохах и что формат социальной психотерапии вовсе не отменяет традиционную практику «клубной» работы с клиентами, выстраиваемую по лекалам основных психотерапевтических методов, но (!) мета-модель социальной психотерапии вмещает в себя многие актуальные и доказавшие свою эффективность модальности современной психотерапии без какого-либо противоречия. То есть, это реальный шаг в сторону подлинной интеграции профессии, который, вне всякого сомнения, способствует повышению эф-

фективности и востребованности психотерапевтической практики.

Кроме того, использование термина «мета-модель» оправдано с точки зрения доказанной возможности эффективного взаимодействия – в поле обосновываемого нами подхода – множества помогающих и развивающих практик (психологическими, медицинскими, педагогическими, социальными и другими).

Наконец, термин «мета-модель социальной психотерапии» позволяет дифференцировать наш подход от уже известных моделей социальной психотерапии, описанных ранее, к авторам, к которым мы относимся с неизменным уважением.

В содержательном, т.е. научном, технологическом и организационном смысле *под термином «мета-модель социальной психотерапии» (сокращенно – МСП) мы понимаем:*

- самостоятельную научно-практическую дисциплину, разрабатывающую и реализующую специфические методы взаимодействия специалиста-психотерапевта (либо специалиста со смежной компетенцией в сфере социальной психотерапии) с пациентом или группой пациентов, направленную 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;
- масштабную практику использования высокоэффективных подходов и технологий – собственно психотерапевтических, консультативных, тренинговых, воспитательных, образовательных, реабилитационных, организационных, исследовательских – в отношении населения с высокими рисками и признаками вовлечения в деструктивные социальные эпидемии;
- кластерный принцип организации и взаимодействия трёх основных секторов социальной сферы (образование, здравоохранение, социальная помощь) и трёх основных сфер профессиональной деятельности, представленных в данных секторах – психолого-психотерапевтической, саногенной (первично-профилактической), аддиктологической – с акцентом на высокое качество и полноценный охват населения технологиями социальной психотерапии.

Вышеприведённое функциональное определение мета-модели социальной психотерапии подчёркивает научную обоснованность, целостность и системную организацию настоящего научно-практического направления, а также нацеленность мета-модели СП на эффективное решение важнейших социальных задач.



---

---

Основным объектом мета-модели СП, в связи со всем сказанным, являются целевые группы населения со следующими характеристиками:

- повышенная уязвимость (низкие уровни психологического здоровья – устойчивости) к агрессивному воздействию среды;
- наличие признаков адаптационного напряжения с проявлением синдрома деморализации (по Дж. Франку), с проблемными ситуациями и состояниями;
- наличие высоких рисков и признаков вовлечения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания);
- наличие высоких рисков и признаков вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские сообщества, игромания, компьютерная зависимость, зависимые отношения и пр.);
- родные и близкие зависимых лиц, в том числе вовлечённые в со-зависимые отношения;
- наличие признаков нарушения пищевого поведения (булимия, анорексия);
- наличие высоких рисков суицидального поведения;
- родные и близкие лиц с высокими рисками суицидального поведения;
- наличие признаков посттравматического стрессового расстройства (ПТСР);
- тяжело и длительно болеющие (соматические и психические заболевания);
- родные и близкие тяжело и длительно болеющих лиц;
- группа с признаками стигмы, врождёнными или приобретёнными дефектами, воспринимаемыми как «уродство»;
- профессиональные группы с высокими рисками и признаками синдрома эмоционального выгорания (СЭВ);
- представители властных структур;
- элиты (интеллектуальные, культурные, политические, экономические и пр.);
- группа населения с мотивацией на достижение высокого качества жизни и активного долголетия;
- население в целом.

Технологии мета-модели СП, используемые в работе с каждой из идентифицированных здесь целевых групп, апробированы и представлены в разработанных стандартах и протоколах профессиональной помощи.

Основным предметом функциональной активности мета-модели СП являются психологические свойства, состояния и процессы, обеспечивающие конструктивную динамику индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному воздействию среды, в частности – к вовлечению во все типы деструктивных социальных эпидемий; формирование высоких уровней индивидуальной

и социальной самоорганизации. Такая направленность функциональной активности мета-модели СП основывается на идентифицированных в ходе проведения масштабных исследований качественных характеристиках психического здоровья-устойчивости, трансформированных в соответствующие универсальные мишени МСП.

*Основная цель мета-модели социальной психотерапии:*

- полноценный охват выделяемых групп населения технологиями МСП;
- эффективное управление рисками (скрининг, эффективная первичная профилактика) и фактами (первичная психологическая помощь, психотерапия, реабилитация, долговременная ресурсная поддержка) вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии всех типов;
- устойчивое снижение темпов распространения химической, деструктивной психологической зависимости, психических и поведенческих расстройств, связанных со сложностями адаптации в агрессивной среде;
- достижение приемлемых уровней самоорганизующей активности (включая эффективное управление здоровьем) и качества жизни в охватываемых группах населения.

*Главными инструментами* достижения вышеуказанных целей являются технологические блоки МСП: 1) скрининговые, диагностические; 2) первично-профилактические, включая мотивационное информирование 3) собственно психотерапевтические; 4) смежные помогающие и развивающие технологии СП; 5) организационные, включая технологии нормативного регулирования; 6) специальные исследовательские технологии.

*Кадровые характеристики* – в рамках мета-модели СП действуют практически все специалисты системы здравоохранения, образования и служб социальной помощи, имеющие прямое отношение к реализации вышеприведённых технологий:

- школьные психологи;
- социальные педагоги;
- консультирующие психологи;
- специалисты-психотерапевты;
- врачи – психиатры, психиатры-наркологи (аддиктологи);
- специалисты по социальной работе;
- социальные работники;
- консультанты по зависимостям (аддикциям);
- иные специалисты, принимающие участие в реализации технологий социальной психотерапии.

При этом различие между специалистами с базисными (психотерапевты, консультирующие психологи) и смежными компетенциями (прочие специалисты) заключается в объёме и степени сложности технологий, реализуемых ими в мета-модели СП.

---

---

---

---

Главными индикаторами эффективности мета-модели СП являются: 1) динамика показателей охвата целевых групп населения технологиями СП (промежуточные индикаторы); 2) текущая динамика адаптивных кондиций субъекта или группы, исследуемая на этапах оказания профильной помощи (промежуточные индикаторы); 3) отсроченная динамика адаптивных кондиций субъекта или группы, исследуемая в период после завершения программы СП (конечные индикаторы); 4) динамика статистических (эпидемиологических) показателей первичной и общей заболеваемости по профилю расстройств адаптации, химической и деструктивной психологической зависимости (конечные индикаторы); 5) динамика показателей психологического здоровья, социальной эффективности и качества жизни в избранных группах и населении в целом (конечные индикаторы).

### **Специфика мета-модели социальной психотерапии**

Вопрос о сходстве и отличии мета-модели СП от имеющихся традиционных методологических установок, в частности установок относительно социальной направленности психотерапевтической активности, так или иначе, восходит к обновлённым доктринальным позициям, представленным в МСП.

Согласно последним, мета-модель СП оформляет и всесторонне аргументирует статус психотерапии как самостоятельной научно-практической дисциплины, обладающей всеми специфическими характеристиками и признаками принадлежности к кодифицированной системе научных знаний.

То есть мета-модель СП не сводится к какому-либо отдельному психотерапевтическому методу или даже направлению и выходит за пределы традиционной психотехнической топологии – системы координат, представляемой сложившимися направлениями, методами, методиками и техниками профессиональной психотерапии.

Мета-модель СП демонстрирует эффективное продвижение по следующим, наиболее перспективным векторам развития психотерапии:

- от психотерапии стихийной, представленной достаточно произвольным набором технических приёмов с недоказанной эффективностью – к психотерапии профессиональной, интегрированной в единую специальность;
- от психотерапии эксклюзивной, направленной на относительно узкий сегмент невротизированных клиентов, – к психотерапии социальной с полноценным охватом всего нуждающегося населения;
- от специальности с неопределённым статусом – к статусу признаваемого самостоятельного научно-практического направления, авангардного крыла науки, масштабной и востребованной социальной практики.

Соответственно, мета-модель СП существенно расширяет сферы профессиональной психотерапевтической активности. К традиционному помогающему вектору активности теперь добавляются развивающий и саногенный векторы, а также социально-стабилизирующий вектор профессиональной психотерапевтической активности.

Мета-модель социальной психотерапии, объединяющая множество направлений и методов профессиональной психотерапии, отличается и от традиционно оформляемого направления интегративной и эклектической психотерапии. Наиболее существенное отличие здесь заключается в том, что набор устоявшихся модусов интеграции, оформляемых в психотехническом ключе, в нашем случае трансформируется в проработанную систему инновационных факторов дифференциации-интеграции профессиональной психотерапии, опирающуюся на принципы построения авангардной науки и систему кодифицированных научных знаний.

Общая теория психотерапии, разработанная в рамках мета-модели СП, – основополагающий фактор интеграции – так же основана на результатах масштабных репрезентативных исследований.

Что же касается вопроса о социальной направленности психотерапии, сходстве и различиях мета-модели СП с традиционными подходами, то при общей приверженности МСП и определённых психотерапевтических модальностей – а такие модальности в основном сосредоточены в направлениях поведенческой и гуманистической психотерапии – идее эффективной социализации, наиболее существенные различия здесь прослеживаются по параметрам масштаба, структуры и содержания предлагаемых инноваций.

Так, например, мета-модель СП предусматривает возможность приобретения смежных компетенций в сфере социальной психотерапии не только достаточно широкому кругу специалистов, действующих в социальном секторе, но и представителям властных структур, общественных элит, а также заинтересованным родным и близким лиц, вовлекаемых в деструктивные социальные эпидемии всех типов. Компетенции такого рода не ограничиваются только лишь общими или тематическими сведениями, но являются действенным практическим инструментом по достижению целей СП.

Речь, следовательно, идёт не только о форсированном развитии института профессиональной психотерапии, безусловно, важной и приоритетной задачи в МСП, но и о сущностной трансформации и переводе на новые технологические «рельсы» действующих социальных институтов: системы здравоохранения, образования, социальной помощи и поддержки; средств массовой информации (СМИ), включая интернет; институтов семьи, бизнеса и власти. Разработанные в рамках мета-модели СП способы трансляции основных

---

---

психотерапевтических эффектов в смежные помогающие и развивающие практики, информационные технологии, реализуемые через СМИ и интернет-пространство, позволяют надеяться на вполне успешное выполнение этой важнейшей задачи.

И далее, нормативная активность в МСП не ограничивается только лишь процессом управления качеством оказываемых услуг, но предусматривает разработку специального кодекса законов и подзаконных актов, регулирующих деятельность в сфере психологического здоровья и благополучия, психозетики, обеспечения психологической безопасности населения.

Мета-модель социальной психотерапии, таким образом, в максимально возможной степени наце-

лена на достижение эффективной индивидуальной и социальной самоорганизации. Энергичное продвижение в данном направлении, стимулируемое механизмами МСП, по всей видимости, является одним из главных, универсальных способов устойчивого развития человека и общества перед лицом непростых вызовов новейшего времени.

#### **Перспектива реализации**

Следующими реальными шагами к институализации предлагаемых структурных новаций является формирование Новой школы психотерапии в Российской Федерации и других общественных институтов, консолидирующих усилия специалистов по развитию профессиональной психотерапии в Российской Федерации.

---

---

## ПСИХИАТРИЯ

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Б.Т. Койшин

эксперт-психиатр отделения судебно-психиатрических и наркологических экспертиз Института судебных экспертиз по г. Астана

М.Б. Ергабылов

эксперт-психиатр отделения судебно-психиатрических и наркологических экспертиз Института судебной экспертизы по Алматинской области, г. Талдыкорган

Изучение проблемы и профилактика общественно опасных действий психических больных являются актуальными задачами психиатрии, имеющими как клиническое, так и социальное значение. Среди неоднородной группы психически больных в судебно-психиатрическом аспекте особое место занимают пациенты страдающие шизофренией.

Доля больных шизофренией в общей популяции лиц, совершивших преступление, остаётся неизменной и составляет менее 1% [1]. Но, если рассматривать не преступления в целом, а тяжкие преступления, то доля больных шизофренией среди этой категории возрастает. Больные шизофренией составляют значительную часть контингента, находящегося под активным психиатрическим диспансерным наблюдением вследствие совершения различных общественно опасных действий [2]. При этом в этой группе отчётливо преобладают общественно опасные действия против личности, включая агрессивные деликты со смертельным исходом или умышленным причинением вреда здоровью [3, 4].

По данным исследователей, как стран СНГ, так и стран Западной Европы и США, наличие шизофрении повышает риск насилия в 3-10 раз [5]. Среди лиц, признанных невменяемыми, больные шизофренией в Российской Федерации занимают первое место (44,4%) [6]. В Республике Узбекистан больные шизофренией составили 55,1% лиц, совершивших преступления против жизни и здоровья и признанных невменяемыми (по данным за 2010-2012 гг.) [7].

В литературе, из факторов, участвующих в формировании особо опасного поведения, обсуждаются употребление больными психоактивных веществ (ПАВ), наличие коморбидной психической патологии, отягощённой приёмом ПАВ, личностными и органическими расстройствами [8, 9].

Употребление ПАВ является одним из характерных факторов при совершении больными шизофренией убийств, помимо других факторов (наличие слуховых галлюцинаций и бредовых идей, эпизоды агрессии в анамнезе, включая случаи криминала среди родителей больного) [6, 10].

Психические расстройства, сочетающиеся с алкогольной зависимостью, требуют пристального изучения психиатров, поскольку существуют на стыке наркологии и психиатрии, тем самым обуславливая определённые организационные трудности диспансеризации, профилактики, лечения и экспертизы пациентов. Так, по данным разных авторов, среди больных алкогольной зависимостью, наркоманией и токсикоманией пятая часть (20%) обнаруживает процессуальные эндогенные психические расстройства, а среди больных с эндогенными расстройствами от 12% до 50% пациентов злоупотребляют алкоголем и психоактивными веществами [11, 12]. Согласно данным некоторых западных исследователей, почти 50% пациентов с шизофренией имеют сопутствующее злоупотребление ПАВ, при этом наиболее часто встречается сочетание шизофрении и алкогольной и/или каннабиноидной зависимости (приблизительно в три раза чаще, чем в общей популяции) [13].

Шизофрения, ассоциированная с алкогольной зависимостью, является не только проблемой актуальной для общепсихиатрической службы, но и имеет особую актуальность для практики судебной психиатрии.

Согласно исследованиям, сочетание алкогольной зависимости с шизофренией способствует повышению числа общественно опасных действий в 4 раза в сравнении с контингентом страдающих только шизофренией [14, 15]. В группе больных шизофренией в состоянии алкогольного опьянения совершено до 67,5% деликтов против жизни и здоровья [6].

Злоупотребление алкоголем больных шизофренией увеличивало их криминогенность – в большей степени за счёт хулиганских действий и грабежей [16]. В судебно-психиатрической практике шизофрения, осложнённая алкогольной зависимостью, составляет 5-7% случаев и занимает первое место среди больных с психическими заболеваниями по совершению повторных правонарушений [17, 18].

Шизофрения, осложнённая алкоголизмом, повышает риск агрессии в 16,8 раза, в то время как неосложнённая шизофрения повышает риск агрессии в 3,9 раза [5].

Относительно клинического взаимовлияния течения шизофрении и алкогольной зависимости существуют противоречивые данные. Согласно некоторым данным, алкогольная зависимость смягчает течение шизофрении и смягчает проявления дефекта [19, 20]. Согласно другим данным, алкогольная зависимость утяжеляет течение шизофрении, так как употребление алкоголя провоцирует психозы и обострения [21, 22]. Существует также мнение, что алкогольная зависимость не смягчает течение шизофрении, так как она изначально присоединяется к наиболее благоприятно текущему эндогенному заболеванию и редуцируется по мере нарастания дефекта [23]. Исследования показывают, что ранние злокачественные формы шизофрении практически никогда не сопровождаются присоединением алкоголизации [24]. Клинические проявления, динамика формирования и течения зависимости в значительной степени определяется течением основного психического заболевания, проявления которого, в свою очередь, относительно мало зависят от вида и течения зависимости от ПАВ. При этом в одних случаях зависимость от ПАВ ускоряет темп прогрессивности шизофрении, в других – замедляет [25]. Не выявлено какой-либо связи между отдельными специфическими симптомами шизофрении и выбором определённого ПАВ для злоупотребления. Скорее всего, предпочтение алкоголя или наркотика пациентом с шизофренией происходит в соответствии с наиболее распространёнными в данной популяции веществами [13].

Особым моментом в судебно-психиатрическом аспекте является влияние алкоголизации на фор-

мирование и утяжеление психопатоподобных расстройств у больных шизофренией, что более значимо в генезе общественно опасного поведения, чем психотическая симптоматика. У лиц, больных шизофренией с алкоголизацией, можно наблюдать, как правило, преобладание в клинической картине психопатоподобных расстройств, сочетающихся с так называемым «алкогольным фасадом» в виде излишней общительности, стойкой антиобщественной настроенности, признаков алкогольной деградации личности, что в некоторых случаях может затруднять выявление эндогенной симптоматики и установление истинных медицинских проблем, обуславливающих общественно опасное поведение больных.

В целом, исследования показывают, что высокий риск агрессии определяется не самим диагнозом шизофрении, а такими факторами, как пол (мужской), возраст начала заболевания и злоупотребление психоактивными веществами (алкоголизация) [5].

Таким образом, данная коморбидная проблема имеет особую значимость в судебно-психиатрической практике. Эта проблема вбирает в себя две нозологии: шизофрению и алкоголизм, каждая из которых в отдельности сама по себе имеет большой криминогенный потенциал. Помимо этого имеется масса неклинических факторов, влияющих и определяющих совершение больными общественно опасных действий. Указанные особенности обуславливают сложность и неоднозначность проблемы и требуют от врачей-экспертов осведомлённости, глубоких знаний и компетенций по данному вопросу.

#### Список литературы:

1. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипическом расстройстве и хронических бредовых психозах // *Руководство по судебной психиатрии* / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. – М.: Медицина, 2004. – С. 165-191.
2. Осколкова С.Н., Фастовцев Г.А. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипических расстройствах и хронических бредовых психозах // *Руководство по судебной психиатрии: практическое пособие* / под ред. А.А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2015. – Гл. 7. – С. 210-241.
3. Казаковцев Б.А., Стяжкин В.Д., Малкин Д.А. и др. Профилактика повторных общественно опасных деяний психически больных, представляющих особую опасность: методические рекомендации // *Психическое здоровье*. – 2013. – Т. 11, № 10. – С. 11-21.
4. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2013 г.: аналитический обзор. – М., 2014. – Вып. 22. – 188 с.
5. Кондратьев Ф.В., Осколкова С.Н., Василевский В.Г. Шизофрения и убийства: новые ракурсы проблем // *Агрессия и психическое здоровье* / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. – СПб: Юридический центр Пресс, 2002. – С. 142-173.
6. Голенков А.В. Клинико-социальные особенности больных шизофренией, совершивших общественно-опасные деликты против жизни и здоровья // *Росс. психиатр. журнал*. – 2015. – № 5. – С. 17-23.
7. Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Взаимосвязь судебно-психиатрических и криминогенных факторов при совершении больными шизофренией тяжких общественно опасных действий в Республике Узбекистан // *Альманах современной науки и образования*. – 2014. – № 10 (88) – С. 68-71.
8. Fazel S., Langstrom N., Hjern A. et al. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime // *JAMA*. 2009. Vol. 301, N 19. – P. 2016-2023.
9. Palijan T.Z., Radeljak S., Kovac M., Kovacevic D. Relationship between comorbidity and violence risk assessment in forensic psychiatry – the implication of neuroimaging studies // *Psychiatr. Danub*. 2010. Vol. 22, N 2. – P. 253-256.

10. El-Hadidy M.A. *Schizophrenia with and without homicide: a clinical comparative study* // *J. Forensic Psychiatry Psychol.* 2012. Vol. 23, N 1. P. 95-107.
11. Чирко В.В., Дроздов Э.С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ // *Руководство по наркологии: в 2 т. / под ред. Н.Н. Иванца.* – М.: Медпрактика, 2002. – Т. 1. – С. 385-408.
12. Гофман А.Г., Малков К.Д., Шлемина И.В. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом (клиническая картина и лечение) // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2008. – Т. 10, № 3. – С. 23-27.
13. Dixon L. *Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes* / L. Dixon // *Schizophr-Res.* – 1999. – № 35. – P.93-100.
14. Руженков В.А. Некоторые клинико-социальные характеристики больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом и суицидальным поведением // *Шестой Всерос. съезд психиатров (Томск, 24-26 октября 1990 г.): тез. докл.* – М., 1990. – Т. 11. – С. 178-179.
15. Nedopil N. *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie* // *Ein Handbuch für die Praxis.* – Berlin, 2005. – P. 16.
16. Шумаков В.М. Алкоголизм у больных шизофренией // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 1970. – Т. 70, вып. 3. – С. 435-443.
17. Шумский Н.Г. Симптоматический алкоголизм // *Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна.* – М., 1983. – С. 149-162.
18. Филимонов С.М. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия // *Шестой Всерос. съезд психиатров (Томск, 24-26 октября 1990 г.): тез. докл.* – М., 1990. – Т. 11. – С. 90-92.
19. Жислин С.Г. *Об алкогольных расстройствах* / С.Г. Жислин. – Воронеж, 1935. – 140 с.
20. Царфин Р.М. К вопросу дифференциальной диагностики отдельных этапов течения шизофрении, осложненной алкоголизмом, и алкогольных заболеваний / Р.М. Царфин // *Вопросы социальной и клинической психоневрологии.* – М., 1973. – С. 170-174.
21. Лядков Н.В. Симптоматический алкоголизм и ремиссии в свете 20-летнего анамнеза / Н.В. Лядков, Н.Я. Рассказов // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 1997. – Т. 97, № 9. – С. 31-34.
22. Малков К.Д. Клинико-динамические особенности расстройств шизофренического спектра и сочетающегося с ними алкоголизма: дис. ... канд. мед. наук / К.Д. Малков. – М., 2001. – 184 с.
23. Шейнин Л.М. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.М. Шейнин. – М., 1984. – 21 с.
24. Киселев Д.Н. Сочетание алкогольной зависимости с психическими расстройствами: клинические варианты, организационные аспекты: дисс. на соиск. уч. ст. канд.мед.наук. – М., 2014. – 147 с.
25. Валентик Ю.В., Калинин Е.Э. Особенности зависимости от психоактивных веществ у больных шизофренией // *Современные проблемы наркологии: материалы междунар. науч.-практ. конф. (Москва, 18-20 ноября 2002 г.).* – М., 2002. – С. 20-21.

## О СОМАТОЦЕНТРИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К ОБЪЯСНЕНИЮ И ИЗУЧЕНИЮ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ (краткий критический очерк)

Б.Т. Койшин	эксперт-психиатр отделения судебно-психиатрических и наркологических экспертиз Института судебных экспертиз по г. Астана
Н.В. Мартемьянов	руководитель отделения судебно-психиатрических и наркологических экспертиз Института судебных экспертиз по г. Астана
Н.Г. Изотова	эксперт-психиатр отделения судебно-психиатрических и наркологических экспертиз Института судебных экспертиз по г. Астана
Г.Р. Мукашева	судебный эксперт-психиатр Института судебных экспертиз по г. Астана

Соматоцентрический подход к изучению соматоформных расстройств (далее СФР) – условное обозначение методологических особенностей исследований, направленных на поиск органической (морфологической) составляющей, объясняющей происхождение функциональных нарушений в рамках СФР.

В рамках соматоцентрического подхода в качестве основы функциональных нарушений внутренних органов рассматриваются определенные патофизиологические девиации, либо латентные или минимально выраженные (субклинические) проявления соматической патологии.

В соматоцентрически ориентированных исследованиях симптомы кардионевроза и гипервентиляционного синдрома рассматриваются в числе клинических проявлений нейроциркуляторной дистонии (НЦД), патогенез которой большинством авторов рассматривается как многофакторный (включая и участие стрессовых воздействий). При этом выдвигаются различные концепции так называемого «субстрата» болезни, призванные объяснить наличие функциональных расстройств сердечно-сосудистой и бронхолёгочной системы минимальными изменениями в этих органах, сопоставимых с выраженными нарушениями при развёрнутых заболеваниях, но остающиеся на субклиническом уровне. В числе таких факторов указываются структуральные изменения в результате перенесённых (или актуальных) острых или очаговых инфекций, интоксикаций, наследственные морфологические аномалии, гормональные дисфункции, очаги ирритации.

В частности Д.Я. Шурыгин с соавт. (1974) обнаруживают признаки хронической очаговой инфекции у 90% пациентов с НЦД гипертонического типа, преимущественно в нёбных миндалинах. В качестве подтверждения роли инфекционного поражения авторы приводят тот факт, что вслед за тонзилэктомией значительная редукция функциональных расстройств наблюдается у 80% больных. По Маколкину В.И. с соавт. [1] ключевая роль в генезе функциональных расстройств принадлежит специфическому инфекционному поражению, в первую очередь при острых респираторных вирусных заболеваниях. Вирусная инфекция предшествует манифестации и экзацербации симптомов кардионевроза и гипервентиляции в 32% и 52% соответственно.

В ряде исследований обсуждается связи функциональных расстройств сердечно-сосудистой и дыхательной системы с рефлекторными влияниями со стороны брюшной полости. Другие авторы указывают на сопряжённости части соматовегетативных симптомов при НЦД, в том числе кардиалгий, с остеоартрозом шейно-грудного отдела позвоночника [2, 3]. К более редким причинам НЦД относят некоторые интоксикации, профессиональные вредности, физические воздействия (вибрация, воздействие СВЧ-поля, производственные шумы, гиперинсоляция), гиподинамия [1]. В числе патогенетических факторов функциональных расстройств сердечно-сосудистой и дыхательной системы указывается и состояния физического истощения в связи с повышенными нагрузками. Так, по данным А.Г. Дембо [4], стойкие нарушения функционального статуса внутренних органов в рамках синдрома физического перенапряжения (СФП) у спортсменов сопровождаются изменениями электрокардиограммы (ЭКГ) дистрофического характера.

Следует также выделить работы, в которых в качестве основной причины и реализующих ме-

ханизмов функциональной патологии сердца рассматривается наследственно-конституциональная предрасположенность – «слабость» сердечно-сосудистой системы в целом. В таких случаях возможно формирование функциональных расстройств уже в детском возрасте на фоне повышенной утомляемости от физических и эмоциональных нагрузок.

В соматоцентрически ориентированных публикациях по проблеме функциональных расстройств кишечника ставится вопрос о значимости морфологических изменений в толстой кишке в патогенезе развития синдрома раздражённого кишечника (СРК), что является основной темой для дискуссии гастроэнтерологов. Основным в данном направлении является мнение, что для возникновения и развития функциональных расстройств толстой кишки необходимо наличие морфологической основы заболевания [5]. Как указывается в отдельных гастроэнтерологических публикациях, у больных с СРК и «отчётливыми тревожными расстройствами» обнаруживаются различные морфологические аномалии и стойкие нарушения бактериального состава толстой кишки, которые могут иметь не менее, а подчас и более важное значение, в персистенции и обострениях СРК, чем, например, тревожная или депрессивная патология [6]. Отсутствие же выявляемых морфологических изменений в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) даже при ярко выраженных симптомах СРК этими авторами оценивается как признак недостаточно подробного и детального обследования больного. В этих исследованиях представлены преимущественно субклинические тревожные и депрессивные состояния (или отдельные симптомы) – субсиндромальные панические атаки, эпизодические соматизированные тревожно-ипохондрические и депрессивно-ипохондрические реакции, которые квалифицируются как вторичные по отношению к симптомам СРК. Последние, в свою очередь, рассматриваются как результат врождённой или приобретённой в рамках заболеваний органов пищеварения стойких нейрофизиологических и нейрохимических изменений в области толстого кишечника.

Несмотря на то, что большинство соматоцентрически ориентированных исследователей подчёркивает тесные связи функциональных расстройств кишечника с психическими нарушениями или психотравмирующими факторами, психопатологической оценки состояния пациентов в этих работах не предусматривается. При этом собственно психические расстройства либо не анализируются вовсе, либо трактуются как второстепенные (либо промежуточные) звенья в патогенезе органических неврозов. В частности, в работе I.G. Hislop [7] выдвигается предположение о психотравмирующем воздействии как факторе, приводящем к нарушениям вегетативной регуляции моторной, секреторной и всасывающей функций

---

---

кишечника, и в результате – к стойким изменениям бактериального состава в просвете толстой кишки. В дальнейшем именно хронический дисбиоз (дисбактериоз) становится причиной стойкого персистирования нарушений моторики и расстройств дефекации в рамках СРК. Однако соматоцентрическая ориентация автора не позволяет прийти к окончательным выводам о роли сопутствующих психических нарушений. Анализируя особенности манифестации СРК, автор указывает лишь на наличие «тревожных симптомов», не предусматривая изучения структуры и динамики психопатологических нарушений.

В ряде исследований психические расстройства трактуются в числе вторичных (по отношению к соматическим симптомам) клинических образова-

ний. В частности предлагается интерпретировать формирование психических (тревожных, депрессивных, ипохондрических и других) расстройств у пациентов с СРК как результат «психологической реакции» пациента на изменение функционального состояния и патологические (алгические) ощущения в нижних отделах желудочно-кишечного тракта [8].

Завершая краткое изложение соматоцентрических концепций нельзя не отметить, что игнорирование или односторонняя интерпретация психических расстройств противоречит данным большинства исследований, которые свидетельствуют о клинической значимости психической патологии в патогенезе функциональных расстройств.

*Список использованной литературы:*

1. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. *Нейроциркуляторная дистония (Клиника, диагностика, лечение)*. – Чебоксары, 1995.
2. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. *Вегетососудистая дистония*. – М., 1981. – 320 с.
3. Лорие И.Э. *Функциональные неврозы ЖКТ – неврозы желудка*. // *Клиническая медицина*. – 1954. – N. 4. – С. 10-22.
4. Дембо А.Г. *О так называемом синдроме перенапряжённого сердца*. // *Клин. Мед.* – 1989. – № 1. – С. 37-44.
5. Саркисов Д.С. *Следует, наконец, отказаться от понятий «функциональная болезнь», функциональная патология (по поводу статьи А.М. Ногеллера «Следует ли клиницистам отказаться от понятий функциональной патологии?»)*. // *Клин. мед.* – 1998. – № 3. – С. 64-66.
6. Златкина А.Р., Бейл Е.А., Виноградова М.А. *Нозологическая классификация хронических заболеваний кишечника*. // *Сов. мед.* – 1983. – N. 3. – С. 28-32.
7. Hislop I.G. *Psychological significance of the irritable colon syndrome*. // *Gut*. – 1971. – V. 12. – P. 452-457.
8. Harvey R.F. Maudslayi E.C. Broun A.M. *Prognosis in the irritable bowel syndrome: a 5-year prospective study*. // *Lancet*. – 1987. – V. 1. – P. 963-965.



---

---

## ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

### СТРАСТИ ПО ЗАКОНУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А.Л. Катков

д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

#### Введение

Тема подготовки законопроекта «О психологической помощи в Российской Федерации» вновь привлекает внимание сообщества психотерапевтов и психологов в связи с информацией о подготовке новой редакции законопроекта.

Открытая позиция по вопросу привлечения заинтересованных профессионалов к обсуждению данного законопроекта, которую в последние месяцы демонстрируют главные инициаторы и энтузиасты подготовки законопроекта – Российское психологическое общество (РПО) и редакция «Психологической газеты» – была воспринята нами как сигнал готовности к конструктивному и широкому диалогу по этому крайне важному вопросу.

Прилив оптимизма в наших рядах был вызван и решением Президиума РПО от 20 декабря 2017 г. (п. 2), в котором говорится о необходимости продолжения деятельности рабочей группы по разработке обсуждаемого законопроекта, в частности, с акцентом на задачу «определения видов деятельности для специалистов-психологов в зависимости от уровня квалификации». И вот эта последняя позиция, намекающая на возможность неконфликтного со-существования в нормативном поле профессиональной психологической помощи специалистов с разным уровнем подготовки, в том числе и специалистов-психотерапевтов с профильной подготовкой, полученной в рамках дополнительного образования (будем надеяться) – очень сильно отличается от предшествующих радикальных, в смысле профессиональных ограничений, вариантов законопроекта. Отсюда и встречная активность психотерапевтического научного сообщества, часть которого представлена Общественным учёным советом (ОУС) по психотерапии профильной Национальной саморегулируемой организации (СРО).

Полагаем, что данные настоящего, сугубо предварительного обзора, и главное – результаты планируемого на заседании ОУС 2 марта 2018 года «мозгового штурма» с открытой интернет-трансляцией и возможностью онлайн-участия всех желающих – внесут свою лепту в подготовку обсуждаемого законопроекта.

**Обсуждаемая ситуация в сфере законодательного регулирования психологической помощи в Российской Федерации (РФ) (преамбу-**

*ла, предметность, реакция профессионального сообщества, актуальная проблематика, точки фрустрации, реплики и пр.): что есть на сегодняшний день?*

**Преамбула.** В ходе подготовки версий законопроекта о психологической помощи в РФ, начиная с 2012 года (здесь мы пока что никак не касаемся более ранней по времени и последующей практики законодательства в сфере регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности в РФ) лидеры психологической, психотерапевтической науки и практики, заинтересованные профессионалы высказывались по широкому кругу проблем, имеющих прямое или косвенное отношение к теме нормативного регулирования психологической помощи в РФ.

Стартовым стимулом первой волны таких дискуссий следует считать появление в 2012 году сугубо предварительной версии законопроекта о психологической помощи в РФ, «ходившей» по различным информационным ресурсам. Вторая дискуссионная волна связана с опубликованием проекта Федерального закона «О психологической помощи в Российской Федерации», представленного в Государственную думу 24 июня 2014 года (законопроект отклонен). И, наконец, третья волна дискуссий, не стихающая до настоящего времени, вызвана многократно подтверждённой информацией о подготовке новой версии законопроекта о психологической помощи в РФ.

Здесь же следует сказать и о том, что при подготовке первой и второй версии обсуждаемого законопроекта ни о какой открытости, публичности – даже и в среде профессиональных психологов (не говоря уже о прямых адресантах психологической помощи) – в обсуждении принципиальных и крайне важных позиций такого законодательства говорить не приходится. Профессиональное и потребительское сообщество попросту ставили перед тем фактом, что такой законопроект разработан и что после его принятия сектор психологических услуг получит, наконец, законодательную базу нормативного регулирования.

*Да и что здесь, собственно, обсуждать, если, по мысли авторов законопроекта (усиленно транслируемой в медийное пространство), именно такое законодательное регулирование способно существенно повысить качество психологической помощи и оградить население от немыслимого*

---

---

количества неподготовленных, недоподготовленных или неправильно подготовленных субъектов, только называющих себя «психологами».

Тем не менее, выяснилось, что обсуждать здесь есть что, и этого «что», пожалуй, даже слишком много; и, далее, принципиально важная предметность этого «многого» – и для профессионалов, и, конечно, для населения в целом – не позволяет относиться к факту подготовки и принятия обсуждаемых законодательных норм «по касательной».

По-видимому, такого рода констатация и открытая дискуссия по всему перечню встающих здесь в полный рост актуальных профессиональных и социальных проблем – это ровно то, чего хотели избежать авторы первых версий законопроекта. Ибо, нужно сказать об этом прямо, бесплодная дискуссия – это, наверное, самый хороший способ «утопить» или, по крайней мере, отодвинуть сущностное решение проблемы на неопределённое время.

В тоже время очень многие профессионалы, высказывания которых процитированы в настоящем обзоре, считают, что открытая и конструктивная дискуссия по ключевым позициям идентифицированной предметной сферы обсуждаемой нормотворческой проблематики, да ещё и проводимая с активным участием квалифицированного экспертного сообщества, – это как раз и есть самый лучший способ повышения качества процессов нормативного регулирования психологической помощи населению РФ. И эта позиция в ходе прохождения третьей дискуссионной волны по обновлённой версии законопроекта (конечно, при соответствующих усилиях профессионального сообщества) может стать доминирующей.

Дело, следовательно, заключается в том, чтобы: 1) правильно обозначить ключевые, в том числе и наиболее фрустрирующие для действующих профессионалов проблемные зоны в обсуждаемом законопроекте о психологической помощи в РФ (данная задача решается, в том числе, и за счёт подготовки настоящих материалов); 2) мобилизовать экспертное сообщество на конструктивное обсуждение наиболее важных проблемных вопросов (инициатива редакции «Психологической газеты» и Национальной СРО «Союз психологов и психотерапевтов»); 3) обеспечить удобную дискуссионную площадку с полным доступом к получаемым в ходе дискуссии материалам (интернет-трансляция планируемых тематических заседаний Учёного совета по психотерапии Национальной СРО «Союз психологов и психотерапевтов», сайт редакции «Психологической газеты» с размещением соответствующих видеоотчётов, специальные видеоконференции и пр.).

Всё вышесказанное, с нашей точки зрения, свидетельствует о том, что профессиональное психологическое и психотерапевтическое сообщество – на гребне этой третьей информационной волны, поднятой по поводу обсуждаемого законопроекта – достаточно глубоко, серьёзно и

критично настроено в отношении будущего своей профессии и своему собственному будущему в этой профессии, и уж точно не намерено полностью отдавать решение этих стратегически важных вопросов в чьи-либо «отдельно взятые» руки.

**Предметность.** Итак, что же мы обсуждаем? На сегодняшний день какого-либо рабочего варианта современной версии Федерального закона о психологической помощи в РФ в открытом доступе нет и неизвестно, существует ли такая рабочая версия законопроекта.

Вместе с тем, судя по информации, опубликованной в официальных источниках и документах РПО:

- в рамках деятельности по разработке законопроекта решением ректора МГУ имени М.В. Ломоносова создана межфакультетская рабочая группа, в рамках работы которой были сформулированы начальные предложения об основных вопросах, раскрываемых законом: что такое психологическая помощь и психологическая деятельность; кто может оказывать психологическую помощь; кто является лицом, получающим психологическую помощь;
- концепция законопроекта была представлена и обсуждена на Съезде Российского психологического общества в г. Казани в октябре 2017 года;
- в соответствии с решениями, принятыми на Съезде РПО, всем членам Президиума РПО и руководителям региональных отделений было предложено выдвинуть кандидатуры в состав рабочей группы по разработке понятийного аппарата закона;
- на основании предложений был сформирован и 25.10.2017 г. утверждён на Президиуме РПО состав рабочей группы по разработке понятийного аппарата обсуждаемого законопроекта, в который вошли представители факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, факультета психологии Санкт-Петербургского университета, Института психологии РАН, представители семи региональных отделений РПО;
- в соответствии с Решением Президиума РПО от 20 декабря 2017 года определено рабочее название законопроекта: «Закон о психологической деятельности в РФ» (*заметим, что во всех предыдущих сообщениях и документах, и даже в этом же решении Президиума РПО от 20 декабря 2017 года приводится первоначальное название законопроекта: «Об оказании психологической помощи населению Российской Федерации»*);
- в качестве главных задач для поименованной рабочей группы этим же Решением обозначены следующие: 1) определение видов деятельности для специалистов-психологов в зависимости от уровня квалификации;

---

---

2) разработка порядка сертификации специалистов (*по-видимому, специалистов-психологов*);

- в пункте 4 Решения Президиума РПО от 20 декабря 2017 года продекларировано следующее: «Продолжить информирование о ходе создания законопроекта посредством официального сайта РПО, а также практику обсуждения наиболее значимых вопросов в региональных отделениях РПО и на заседаниях Президиума».

Все вышеприведённые факты, с одной стороны – свидетельствуют об относительно более открытой позиции инициаторов и авторов законопроекта. Вместе с тем, если концепция законопроекта сформулирована, представлена и обсуждена на солидном профессиональном форуме, то возникает закономерный вопрос, почему всех этих материалов нет в открытом доступе, где не только действительные члены РОП, но и представители множества других профессиональных ассоциаций, имеющих прямое отношение к оказанию психологической помощи, могут ознакомиться с основополагающими концептуальными тезисами? Соответственно, реанимируются все главные зоны профессиональной фрустрации, относимые не только к предшествующим версиям законопроекта, но и к некоторым «свежим» высказываниям лидеров психологического сообщества, выдержанных в традиционно-ограничительном ключе.

В поле нашего анализа, таким образом, остаётся только лишь текст предшествующего законопроекта (Федеральный закон «О психологической помощи в российской Федерации» от 2014 года), отдельные сведения об основных концептуальных установках инициаторов современной версии законопроекта, а также тексты действующих Законов, регулирующих сферу оказания психологической помощи на уровне регионов РФ (гг. Москва, Санкт-Петербург; Ленинградская, Ульяновская области). Этот фактологический материал дополняется анализом многочисленных отзывов, реплик и отдельных высказываний профессионалов, так или иначе вовлечённых в дискуссию о законодательном регулировании психологической помощи (деятельности) в Российской Федерации, опубликованных в доступных источниках.

Исходя из имеющихся в нашем распоряжении данных, представителей профессионального – психологического, психотерапевтического – сообщества интересуют, в первую очередь, следующие вопросы, формирующие предметную сферу дискуссии:

- 1) *степень открытости в сфере обсуждения нормативного регулирования психологической помощи;*
- 2) *целесообразность введения законодательного регулирования сферы оказания психологической помощи в РФ;*
- 3) *целесообразность разграничения сфер медицинской и психологической психотерапии*

*и охвата законодательным регулированием только лишь сферы немедицинской психотерапевтической помощи (как отдельного вида психологической помощи);*

- 4) *целесообразность ограничения легального доступа к сектору оказания психологической помощи только лишь для специалистов, получивших высшее очное психологическое образование в соответствии с установленным Федеральным стандартом высшего психологического образования;*
- 5) *целесообразность законодательно оформляемого приоритета (или паритета с государственным) общественного регулирования в сфере оказания психологической помощи;*
- 6) *вопросы профессиональной подготовки специалистов, оказывающих психологическую помощь населению;*
- 7) *принципы формирования рабочих групп по разработке нормативного регулирования в сфере психологической деятельности, в частности – оказания психологической помощи.*

Из обозначенных наиболее актуальных дискуссионных вопросов, с нашей точки зрения, зонами профессиональной фрустрации являются темы со второй по шестую. Причём дискуссионные темы 3 – 4 вызывают наиболее ожесточённые споры профессионалов (о чём можно судить по общему количеству реплик и по накалу страстей при обсуждении).

#### ***Вектор обсуждения дискуссионных вопросов: основные аргументы – контраргументы***

##### ***По первой и седьмой позиции актуальных дискуссионных вопросов***

В доступных нам материалах наименее обсуждаемыми и эмоционально «заряженными» из приведенного перечня дискуссионных вопросов оказались темы: 1) (степень открытости...) и 7) (принципы формирования рабочих групп...).

*Да и в самом деле – что же здесь обсуждать, если максимально возможная степень открытости вопроса законодательного регулирования сферы психологической помощи населению РФ в ходе подъёма этой третьей информационной волны будто бы обеспечена со всем возможным тщанием. А действующие рабочие группы включают представителей всевозможных центральных и региональных структур РОП, наиболее известных и авторитетных деятелей психологической науки, компетентных юристов.*

Тем не менее, отдельные весьма квалифицированные профессионалы выступают в открытой печати и с такими заявлениями: «... Конечно, возникает вопрос, почему этим занимается исключительно академическое сообщество, в то время как закон непосредственно касается практиков. И даже если отдельные их представители в этом принима-

---

---

ют участие, то явно представители не всех направлений психологической помощи, на которые будет распространяться закон. Во всяком случае, узнать об этом в ситуации «не афишируемых» обсуждений и неочевидных критериев формирования рабочих групп невозможно... Написание закона не должно строиться по принципу «лучше какой-нибудь, чем никакой». Этот инструмент будет влиять на профессиональную деятельность огромного количества профессионалов... Учитывая законоприменительную практику в России, эти тревоги не выглядят такими уж необоснованными. Чтобы так не случилось, нужно публичное (а не «не афишируемое») и длительное обсуждение законопроекта в контакте с ведущими представителями профессиональных сообществ психологов-практиков из разных сфер» (Кисельникова Н.В., доцент, кандидат психологических наук, заместитель директора по научно-организационному развитию, зав. лаб. консультативной психологии и психотерапии, Психологический институт Российской академии образования, ноябрь 2017).

Солидаризуясь с вышеприведённой профессиональной позицией, мы в свою очередь считаем, что как раз из таких «тихих омутов» неафишируемости и неочевидности и поднимаются ростки фрустрирующей неопределённости в профессиональной среде. Но что ещё хуже, эти ростки, возможно, и есть начало непоправимых или трудно исправимых ошибок в нормативном регулировании очень непростой сферы оказания психологической помощи населению РФ. Ведь если бы среди уважаемых инициаторов, основных разработчиков и представителей функциональных рабочих групп, теперь уже официально утверждённых в этом качестве, действительно присутствовали опытные эксперты, то они бы начали с того, что: 1) проанализировали существующую в РФ ситуацию в сфере оказания психологической помощи с позиции необходимости принятия-непринятия законодательного регулирования данной сферы деятельности; 2) в случае наличия убедительных аргументов в пользу законодательного регулирования осуждаемой сферы деятельности – обосновали основной вектор такого регулирования и – *внимание!* – необходимую последовательность в разработке и принятии соответствующих законодательных норм; 3) грамотно и со знанием дела аргументировали бы необходимость принятия соответствующего закона перед всеми заинтересованными профессиональными и социальными группами; 4) и уже после создания такого максимально благоприятного контекста в отношении основной идеи законопроекта вынесли бы его рабочую версию на обсуждение в профессиональных сообществах, имеющих непосредственное отношение к сектору психологической помощи (без всякого изъятия), а также в сообществах потребителей профильных услуг; 5) при этом подготовленные представители экспертных групп, безусловно, чувствовали бы себя

весьма комфортно в любых и даже самых острых дискуссиях по вопросам нормативного регулирования в сфере оказания психологической помощи, завоеывая совершенно необходимый для масштабной и эффективной реализации основной идеи законопроекта фронт профессиональной и потребительской поддержки.

В частности, такие эксперты в обязательном порядке должны были бы проанализировать вопрос: «Являются ли принятые на сегодняшний день модели нормативного регулирования профессиональной психологической деятельности (социального, этического, научного) полноценными и достаточными; дефицитными и требующими лишь структурных преобразований?»; тотально неэффективными и требующими радикальных преобразований. И если речь идёт о третьем случае, то необходимо определить, за счёт каких именно реформ в сфере нормативного регулирования – с включением (*внимание!*) всех поименованных позиций – должны проводиться необходимые радикальные преобразования. Например, если не сформирована отчётливая этическая или научная позиция профессионального сообщества, транслируемая в соответствующие этические и научно обоснованные нормы оформления профессиональной деятельности, то любые вводимые социальные, в том числе и законодательные нормы, в лучшем случае не приведут, а в худшем – ещё и отдалят авторов таких реформаций и профессиональное сообщество в целом от планируемых здесь результатов.

И далее, эксперты, конечно, будут иметь в виду, что решение об использовании законодательного регулирования вопросов оказания психологической помощи имеет смысл принимать только в том случае, когда:

- на уровне профессионального сообщества разработаны и приняты нормы этического и научно обоснованного оформления профессиональной психологической деятельности (базисное предварительное условие);
- существует отчётливая перспектива и многочисленные факты злоупотребления профессией; эти злоупотребления опасны для здоровья, а иногда и жизни людей, и могут быть связаны с отсутствием чётких критериев доступа в специальность, адекватных стандартов подготовки и профессиональной деятельности, и других нормативно устанавливаемых позиций, вследствие чего и появляется необходимость законодательного нормативного регулирования;
- существует необходимость в масштабном и форсированном развитии определённого направления социально-значимой профессиональной деятельности, которое может быть обеспечено лишь при соответствующем нормативном стимулировании данного вида деятельности.

---

---

В соответствии с результатами оценки по всем вышеприведённым позициям, экспертные группы в итоге должны определиться с основным вектором разрабатываемой версии законопроекта по следующим номинациям:

- *регулирующий, регламентирующий* (содержание: обозначение границ и утверждение основных регламентов реализации рассматриваемой сферы деятельности). При этом предполагается, что соответствующим законодательным актом будут утверждаться сложившиеся – этические, научные, организационные – нормы и правила, способствующие росту эффективности профильной деятельности;
- *ограничительный, запретительный* (содержание: введение запретов и санкций за незаконную деятельность, выходящую за рамки жёсткого регламента). При этом предполагается, что существует отчётливая перспектива и многочисленные факты злоупотребления профессией. И эти злоупотребления, как правило, связаны с отсутствием проработанных и обоснованных норм профессиональной деятельности;
- *обязывающий, стимулирующий* (содержание: введение норм, стимулирующих ускоренное развитие рассматриваемой сферы деятельности и обязывающих государственные и иные структуры к выполнению данной задачи). При этом подчёркивается особая важность рассматриваемой деятельности для реализации масштабных социальных, экономических и других проектов в сфере государственной политики.

Обоснованный доминирующий вектор законопроекта определяет его структуру и содержание, помогает избежать двусмысленностей и противоречий в толковании утверждаемых норм. Определение такого вектора есть важнейшая задача экспертов, принимающих участие в разработке законодательных инициатив. Адекватное решение этой задачи, собственно, и определяет концептуальную (функциональную, смысловую) основу законопроекта и делает понятной саму идею законодательного регулирования процесса оказания профессиональной психологической помощи и для профессионального сообщества, и для населения в целом. И, наоборот, отсутствие ясности в этом вопросе как раз и порождает чувство неопределённости, фрустрацию и многочисленные спекуляции в отношении обсуждаемой темы.

Существенно облегчило бы решение этих непростых экспертных задач: 1) наличие продуманной, концептуально оформленной и безупречно организационно выстроенной стратегии развития всего комплекса – психологическая наука, профильное образование, практические дисциплины, организация психологической помощи населению – на национальном и региональных

уровнях; такие стратегии могут быть приняты как на государственном уровне, так и на уровне профессиональных сообществ; 2) глубоко проанализированный многолетний опыт нормативного регулирования в рассматриваемых сферах деятельности, с многовекторным исследованием среднесрочных и долгосрочных результатов такого регулирования в регионах со сходными социально-экономическими условиями; 3) возможность многовекторного моделирования социальных процессов, стимулируемых с принятием разрабатываемых законодательных норм, в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективах.

При этом понятно, что при наличии ресурсного дефицита по двум первым позициям, экспертам остаётся использовать возможности дифференцированного социального моделирования.

Хотя бы краткие результаты такой проделанной экспертами аналитической работы с чётко оформленными выводами и обоснованием концепции законопроекта обычно приводятся в пояснительной записке, прилагаемой к рабочей версии законопроекта. Однако в нашем случае мы ничего такого не видим. Что, на наш взгляд, и вызывает вполне закономерную и в целом тревожную реакцию профессионального сообщества, распределяемую по всей «линейке» актуальной дискуссионной тематики.

#### ***По второй позиции актуальных дискуссионных вопросов (целесообразность введения законодательного регулирования сферы оказания психологической помощи в РФ)***

По материалам свежих публикаций конца 2017 года, относимых уже к современной ситуации в сфере разработки интересующего нас законопроекта, высказываются следующие аргументы в пользу законодательного регулирования психологической помощи.

- Проблема обеспечения россиян профессиональной психологической помощью требует законодательного регулирования и введения обязательной сертификации специалистов, так как качество подготовки психологов в России оставляет желать лучшего.
- Законодательство могло бы отрегулировать и определить: кто такой психолог, что такое психологическая помощь, кто несёт ответственность в случае некачественной психологической помощи, которая может нанести вред здоровью, развитию или жизни обратившихся (декан факультета психологии МГУ имени Ломоносова, президент РПО, доктор психологических наук, профессор Ю.П. Зинченко, из публикации РИА Новости, ноябрь 2017).
- В первую очередь закон нужен потому, что границы и сфера деятельности психологов до конца нигде не определены, часто они смешиваются с медицинской деятельностью.

- Существует серьёзная проблема, связанная с отграничением профессиональной психологической помощи от психотехнических услуг сомнительного свойства, которых на рынке очень много, – экстрасенсорика, магия, парапсихология и прочее.
- Вторая задача этого закона – уточнение прав и обязанностей не только специалиста, но что особенно важно – клиента, который обращается за помощью. Сейчас единственная защита клиента – профессиональная ответственность специалиста. Нет ограничивающих факторов по использованию методов помощи, нет ограничений по распространению информации о клиенте (глава психологической службы МЧС Ю.С. Шойгу, из интервью газете «Известия», 2017).
- Закон нужен, в первую очередь, потому, что в настоящее время огромное количество людей страдает, оказывается травмированным людьми, называющими себя психологами и ими не являющимися.
- На первом месте в принятии закона должны быть интересы клиентов, интересы граждан России, осознание того, что необходима серьёзная забота о ментальном здоровье, что оно не менее важно, чем здоровье физическое (Прихидько Алена Игоревна, кандидат психологических наук (Россия), doctoral candidate University of Florida (США), Гейнсвилл (США) / Психологическая газета, ноябрь 2017).
- Цель законопроекта: «...установление на федеральном уровне единых стандартов организации психологической помощи населению, единых основ деятельности лиц, оказывающих психологическую помощь, и определение порядка деятельности органа, регулирующего организацию психологической помощи» (доцент кафедры истории государства и права юридического факультета Г.М. Давидян / Материалы по тематическому круглому столу, Психологическая газета, октябрь 2017).
- Основные аспекты профессиональной системы, которые должен регулировать закон: допуск на рынок; профессиональный стандарт; профессиональная ответственность (старший преподаватель кафедры политической психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, член Этического комитета РПО А.И. Ватулин / Материалы по тематическому круглому столу, Психологическая газета, октябрь 2017).

Все эти и многие другие схожие по содержанию и по смыслу аргументы в самом первом приближении говорят лишь об одном – реальное положение, существующее в сфере оказания профессиональной психологической помощи населению РФ, мало кого

устраивает. Однако убеждённость в том, что эту действительно насущную проблему можно и должно решать с помощью принятия соответствующего Федерального закона и что такое законодательное регулирование должно состояться в самом ближайшем будущем, разделяют далеко не все представители профессионального сообщества.

В связи с этим приводятся следующие тезисы-контраргументы:

- Внутри сообщества нет пока единства взглядов на эффективность тех или иных технологий психологической помощи.
- Вообще не ясно, с учётом уникальности каждого случая, на современном этапе подлежит ли алгоритмизации и соответствующей регламентации психологическая помощь.
- Отсюда сомнения в целесообразности законодательного регулирования данной сферы деятельности (Е.В. Лиознова, педагог-психолог высшей категории, кандидат психологических наук, доцент СПбГПМУ, профессор Балтийской педагогической академии, ноябрь 2017).
- Общий контекст и правоприменительная практика, существующие на сегодняшний день в РФ, не способствуют эффективному нормативному регулированию в сфере оказания психологической, психотерапевтической помощи.
- Большая часть сообщества ничего хорошего от такого регулирования не ждёт и поэтому лучше оставить всё как есть (С.М. Бабин, Президент РПА, доктор медицинских наук, профессор / из выступления на Саммите психологов, июнь 2017).
- Огромное количество психологов считают, что закон им не нужен, поскольку такой закон станет только лишь способом перераспределения денежных средств, которые люди будут платить за лицензированный доступ к оказанию психологической, психотерапевтической помощи (А.И. Прихидько, кандидат психологических наук (Россия), doctoral candidate University of Florida (США) Гейнсвилл (США) / Психологическая газета, ноябрь 2017).
- Принятие закона нецелесообразно в связи с неприемлемыми ограничивающими позициями, озвученными в «свежих» тезисах инициаторов принятия закона, либо в предшествующих опубликованных версиях законопроекта (данная позиция, поддерживаемая множеством противников принятия законопроекта, более подробно рассматривается в нижеследующих тематических подразделах).

Прочитанные нами наиболее показательные реплики, как в пользу, так и против законодательного регулирования сферы оказания психоло-

---

---

гической помощи, на наш взгляд, свидетельствует о следующем:

- противоречивые и часто полярно противоположные оценки целесообразности законодательного регулирования сферы оказания психологической помощи (психологической деятельности), высказываемые лидерами профессионального сообщества, выходят за рамки традиционного сопротивления профессиональной среды любым попыткам обновления нормативным требованиям к их деятельности – уж слишком серьёзными представляются выдвигаемые контраргументы;
- из содержания приведённых доводов в пользу принятия соответствующего закона следует вывод о приоритете, во-первых – *регулирующего, регламентирующего* вектора рассматриваемого законопроекта (говорится о необходимости обозначения профессиональных границ, утверждение основных регламентов рассматриваемой сферы деятельности). А во-вторых – *ограничительного, запретительного* вектора (озвучена возможность введение запретов и санкций за незаконную деятельность, выходящую за рамки жесткого регламента в связи с многочисленными фактами злоупотребления профессией);
- из содержания контраргументов в отношении принятия соответствующего закона следует, что такие регламентирующие нормы (научно обоснованное нормативное регулирование, выведение на этой основе адекватных профессиональных стандартов и других эффективных технологий управления качеством оказываемой помощи) в сфере оказания психологической помощи не разработаны, нет даже и профессионального консенсуса по этому вопросу. И, собственно, законодательно утверждать-то здесь особо нечего. Причём такие реплики исходят не от «людей с улицы» с огульным отрицанием всего и вся, а от грамотных, квалифицированных профессионалов, настроенных на конструктивное обсуждение встающих здесь в полный рост проблем;
- таким образом, в отсутствие даже и какого-то намёка на *стимулирующий* вектор законопроекта во всех анализируемых нами текстах, обязывающий государственные и иные структуры к выполнению задач по ускоренному развитию сферы психологической деятельности (что выглядело бы вполне логичным в связи с явным дефицитом научно обоснованного, нормативного регулирования в сфере управления качеством психологической помощи, не говоря уже о профессиональной психологической деятельности в целом), нелицеприятная ин-

- терпретация всей этой законотворческой активности у существенной части профессионалов представляется вполне объяснимой;
- экспертная проработка «основного каркаса» (на последнем круглом столе, проходившем в октябре 2017 года в рамках съезда РПО, было заявлено, что такой «каркас» уже разработан) готовящегося законопроекта, в связи со всем сказанным, выглядит неубедительной. И напротив, вполне убедительной выглядит версия, что экспертным группам – а нас информируют о том, что таковые сформированы – попросту не на что опереться в смысле «оглушительного» отсутствия научно обоснованной, на долгую перспективу разработанной и внятно сформулированной стратегии развития психологической науки и практики в Российской Федерации. Такой стратегии, которая, с одной стороны, разделяется и поддерживается профессионалами, а с другой – является основой государственной и общественной политики в этой важнейшей области, реализация которой только лишь в случае наличия такой необходимости оформляется законодательно (*к обсуждению данного важнейшего вопроса мы ещё вернёмся в следующем разделе настоящего материала*);
  - похоже и на то, что доступные на сегодняшний день возможности моделирования социальных последствий принятия законопроекта (при условии сохранения главных ограничительных тезисов допуска к сектору оказания психологической помощи для действующих профессионалов) также были проигнорированы основными разработчиками новой версии законопроекта. Иначе трудно объяснить, почему же очевидная несостоятельность предлагаемой ограничительной нормы – и для декларируемой защиты населения от психотехнических услуг сомнительного свойства, и для обеспечения психологического благополучия населения – осталась без пристального внимания экспертов. Ведь случись такое, ранок психотехнических услуг – немедленно, бесповоротно и без шансов на обратный ход – перераспределится бы как раз в пользу вот этого «сомнительного» парапрофессионального сектора, ещё и с подавляющим выигрышем в конкуренции с урезанным, но зато вполне «академическим» сектором оказания психологической помощи.

*По третьей (целесообразность разграничения сфер медицинской и психологической психотерапии и охвата законодательным регулированием только лишь сферы психологической психотерапии) и шестой (профессиональная подготовка специалистов, оказывающих психологическую по-*

---

---

*мощь населению) позициям актуальных дискуссионных вопросов*

По третьей позиции, в связи с обсуждением законопроекта о психологической помощи в РФ, также высказываются мнения как «за», так и «против» разделения психотерапии на «медицинскую», относимую к видам медицинской помощи и регулируруемую соответствующими нормативными положениями и приказами Министерства здравоохранения РФ (МЗ РФ), и «психологическую», относимую к видам психологической помощи и регулируемую положениями обсуждаемого законопроекта.

*Да и какие, собственно, здесь могут быть аргументы «против», когда понятно, что существующая система допуска к оказанию психотерапевтической помощи населению РФ абсолютно недееспособна. Так, согласно утверждённому на сегодняшний день, квалификационным требованиям МЗ РФ, специалистом-психотерапевтом может быть изначально врач-психиатр с минимальным трёхлетним стажем работы по этой специальности и дополнительным образованием по курсу психотерапии. Таким образом, при сохранении таких неадекватно жёстких нормативов допуска к профессии и существующем остром дефиците специалистов-психиатров в РФ, ни о каком развитии и приближении психотерапевтической помощи к населению и речи быть не может. Следовательно, необходимо менять систему допуска к оказанию психотерапевтической помощи, и почему бы не в рамках идеи о «психологической психотерапии», обозначенной в версии законопроекта о психологической помощи 2014 года. И, кроме того, любое «проникновение» каких-либо, и в том числе психологических услуг на «территорию» медицинской помощи, сразу же осложняет процесс нормативного регулирования в связи с необходимостью многочисленных согласований с действующим здесь законодательством. Очень похоже, что вот такая «головная боль» точно не нужна инициаторам и разработчикам законопроекта.*

Между тем, вопросы остаются. Такое вроде бы очевидно простое и действенное решение по разделению сферы профессиональной психотерапии на два отдельно регулируемых сектора функциональной активности – профессиональной работы со «здоровой» частью населения, имеющей психологические проблемы, и «больной» частью населения, имеющей ... *вот здесь и начинаются сложности...* биологические, психопатологические или те же психологические, но только связанные с более глубокими нарушениями процесса адаптации, проблемы – насколько оно вообще адекватно и оправдано? И если психотерапевтическая помощь – это, по своей сути, не столько работа с проблемными состояниями, сколько с сохранной, потенциально-ресурсной психикой клиента, то существуют ли надёжные критерии определения специфики такой психотерапевтической работы с

«больной» и «здоровой» частью населения, начиная с того, что их необходимо как-то отделять друг от друга, и такое разделение не всем понравится?

И как тогда быть с той более чем многочисленной категорией клиентов, которая и обращается-то к психологам-психотерапевтам (а не к психиатрам или наркологам) лишь только потому, что категорически не хочет признавать себя больной частью населения, но при этом нуждается в квалифицированной оценке имеющихся у них предболезненных или болезненных расстройств и в соответствующей комплексной терапии? Не правильнее ли при этих реально существующих обстоятельствах предположить, что гораздо более конструктивным ходом будет как раз унификация в подготовке специалистов-психотерапевтов, способных эффективно работать с клиентами, «располагающимися» на всех возможных уровнях адаптации – комфорта, напряжения, предболезни, болезни (ремиссия, компенсации, декомпенсации, терминальной стадии) – квалифицированно определять эти уровни, обеспечивать конструктивное сотрудничество со смежными специалистами при наличии такой необходимости и нести адекватную долю ответственности за результат? И, соответственно, предположить, что если такой унификации не произойдёт (а при условии реализации предлагаемого разделения профессиональной психотерапии на два отдельно функционирующих сектора такое развитие событий вполне предсказуемо), то существенно возрастут риски, что основная часть клиентов, нуждающихся в квалифицированной комплексной помощи и не проявленных в этом качестве, надолго «завязнет» в лабиринтах разделённой профессии без какой-либо пользы для себя? Не правильнее ли думать, что в этом случае социальная «цена» такого упрощённого «разделительного» решения будет уж слишком велика, чтобы считать его хоть сколько-нибудь разумным и обоснованным; и что все сложности по регулированию вопросов оказания психотерапевтической помощи как единой профессиональной практики представляются уж слишком преувеличенными?

В ключе всего сказанного выстраиваются и знаковые тематические реплики участвующих в дискуссии профессионалов:

- Отличия есть, а медицинская и психологическая модели, безусловно, существуют... Например, в отличие от традиционно-медицинского подхода, динамическая психодиагностика и динамическая терапия предполагает особое внимание не столько к симптоматике, сколько к малейшим изменениям в содержании психической сферы, эмоциональной окраске и всем другим нюансам материала, предъявляемого пациентами (М.М. Решетников, профессор, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, ректор Восточно-Европейского института психоанализа, Санкт-Петербург /



---

---

О медицинской и психологической моделях психотерапии, 2017).

- Термин «немедицинская психотерапия» не имеет хождения в цивилизованных странах с развитой системой психотерапевтической помощи. Психотерапия признана как самостоятельная единая специальность с унифицированными правилами допуска к профессиональной психотерапевтической деятельности. Это крайне сложное и многогранное понятие. Немедицинская – во все не значит психологическая. Зачастую невозможно разграничить медицинскую и немедицинскую психотерапию. Специалисты с высшим медицинским образованием, получившие дополнительное профессиональное образование по специальности «Психотерапия», в соответствии с вышеназванными законодательно оформленными установками смогут оказывать психотерапевтическую помощь нуждающимся лицам лишь в случае установления ими диагноза психических и поведенческих расстройств, так как во всех других случаях их деятельность может квалифицироваться как «немедицинская психотерапия» и расцениваться как нелегальная (В.В. Макаров, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии РАПО, президент ОППЛ, президент Национальной СРО «Союз психотерапевтов и психологов» / Отзыв и предложения по изменениям и дополнениям к проекту Федерального закона «О психологической помощи населению Российской Федерации», 2014).
- То, что специальность «Психотерапевт» может на законодательном уровне стать прерогативой медиков, отбрасывает нас действительно в доисторические времена (Е.Ю. Уголева, семейный терапевт, заведующая кафедрой семейной системной терапии Института практической психологии «Иматон», Санкт-Петербург / Закон о психологической помощи. Вернёмся в «каменный век»? Психологическая газета, январь 2018).
- В мировой практике психотерапия рассматривается в качестве одного из инструментов деятельности психолога, является официальным направлением его профессиональной подготовки и деятельности. Рассмотрение психотерапии как исключительно медицинской области практики является пережитком советского прошлого, в котором психологическая помощь отсутствовала как факт. Закрепление такого подхода на законодательном уровне заставит существующие в течение многих лет программы психотерапевтической подготовки маскироваться под психологическое консультирование и «выбросит» их из общемировой системы

обозначения этого вида работы психолога, в том числе создавая барьеры коммуникации с международным сообществом. Передача регулирующих функций в ведомство Министерства здравоохранения по этой же причине выглядит нонсенсом и абсолютно непродуманным шагом (Н.В. Кисельникова, доцент, кандидат психологических наук, заместитель директора по научно-организационному развитию, заведующая лабораторией консультативной психологии и психотерапии Психологического института Российской академии образования, Москва /Закон нужно обсуждать публично. Психологическая газета, ноябрь, 2017).

- Необходимого количества психотерапевтов из числа врачей-психиатров мы не получим. Да это и не нужно, ведь врач идеологически настроен нозоцентрически, тогда как психотерапевт-психолог лучше знает норму и стремится к оздоровлению пациента... Во всех странах психотерапевты в основной своей массе – не врачи, что не мешает им быть эффективными... Следует выделять два уровня сложности в решении данной проблемы: организационно-бюрократический и профессионально-практический. Первый отражает давнее нежелание высшего руководства в области психологии и психиатрии найти консенсус и решить проблему применительно к человеку (клиенту-пациенту). Второй уровень связан с необходимостью реформирования базисных программ подготовки профессионалов (Ю.С. Шевченко, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии РАПО / Психолог-психотерапевт! Почему нет? Психологическая газета, январь 2018).

Таким образом, анализ дискуссионных установок по третьему проблемному вопросу, так или иначе, привлекает внимание к содержанию шестого дискуссионного вопроса, связанного с профессиональной подготовкой специалистов психологического и психотерапевтического профиля.

В связи с этим участвующие в обсуждении законопроекта профессионалы высказывают следующие тезисы:

- Сначала нужно менять систему подготовки психологов-консультантов, а уже потом или параллельно принимать закон. Если принимать закон о психологической помощи, то сначала должны быть унифицированы требования к государственным образовательным программам, которые готовят психологов, оказывающих психологическую помощь, или психотерапевтов. Должно быть прописано количество часов очной и заочной работы, определены курсы, требуемые для того, чтобы подать документы в

---

---

интернатуру после окончания ВУЗа Инициативной группе, работающей над законом о психологической помощи, необходимо внимательно ознакомиться с практикой организации обучения психотерапевтов – не врачей, организации процесса лицензирования и деятельности органа, аккредитующего программы подготовки психологов-практиков в других странах (А.И. Прихидько, кандидат психологических наук, doctoral candidate University of Florida, Гейнсвилл (США) / Необходимы и закон, и реформа образования психологов. Психологическая газета, ноябрь 2017).

- Традиционная проблема в сфере подготовки профессиональных психологов-психотерапевтов у нас следующая: многие психологи традиционно (ещё со студенческой скамьи) негативно относятся к психиатрии и медицине в целом и в своём профессиональном мировоззрении отличаются «бестелесностью». Они не только не интересуются клиническим диагнозом своих пациентов («психолог диагнозов не ставит»), но и собственную (патопсихологическую) диагностику зачастую игнорируют. Их терапевтическая деятельность больше мотивируется желанием собственной творческой самореализации, чем конкретной проблематикой больного. Отсюда нередко случаи многолетнего пользования пациентами, нуждающихся в медикаментозном лечении в результате игнорирования психопатологической картины заболевания и сосредоточенности на гипотетически-мифологическом восприятии клинического случая. В принципе, подготовка психотерапевтов из числа клинических психологов и узаконивание их статуса не только возможна, но и необходима. Психолог-психотерапевт должен иметь не только равные права с врачом-психотерапевтом, но и нести равную ответственность за жизнь и здоровье пациента. Для работы в клинике (взрослой или детской) психолог-психотерапевт должен пройти усовершенствование на соответствующих медицинских кафедрах, располагающих необходимой клинической базой (Ю.С. Шевченко, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии РАПО / Психолог-психотерапевт! Почему нет? Психологическая газета, январь 2018).
- Велосипед изобретать не стоит: психотерапевтом, согласно Страсбургской декларации, может быть человек, получивший серьёзную постдипломную практическую и теоретическую подготовку в одном из признанных психотерапевтических подходов. А также прошедший личную психотерапию и

получающий супервизию в установленном объёме (Е.Ю. Уголева, семейный терапевт, заведующая кафедрой семейной системной терапии Института практической психологии «Иматон», Санкт-Петербург / Закон о психологической помощи. Вернёмся в «каменный век»? Психологическая газета, январь 2018).

Каждый из специалистов-клиницистов (психотерапевтов и клинических психологов) либо психологов должен иметь соответствующий образовательный багаж – базовое образование (либо переподготовку), дополнительное образование в специальном направлении деятельности. Документы о получении такого профильного образования должны предоставляться в соответствующие государственные или негосударственные организации, либо в саморегулирующиеся профессиональные организации. Разработка и утверждение этих критериев поможет легализовать деятельность профессионалов в сфере оказания психологической помощи (И.В. Сусанина, доцент, кандидат психологических наук, ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии Рязанского государственного медицинского университета / Психологическая газета, февраль 2018).

С нашей точки зрения, приведённые реплики лишней раз убеждают в том, что для начала всё же необходимо определяться с «внутренними» принципами и нормативами выстраивания профессиональной подготовки специалистов, оказывающих психологическую, в том числе психотерапевтическую помощь, а затем уже утверждать эти проработанные нормы законодательно. И далее – в том, что само возникновение вопроса о необходимости «разграничения» психотерапии на медицинскую и психологическую есть следствие неполноты и неприемлемых дефектов, присутствующих в сфере профессиональной подготовки этих специалистов. Но, кроме того, ответственный и научно-обоснованный подход к разработке образовательных стандартов для специалистов, действующих в сфере оказания психологической помощи, проясняет и во многом снимает главную фрустрирующую проблему, возникающую в связи с обсуждением рассматриваемого законопроекта.

*По четвёртой позиции актуальных дискуSSIONных вопросов (целесообразность ограничения легального доступа к сектору оказанию психологической помощи только лишь для специалистов, получивших высшее очное психологическое образование в соответствии с установленным Федеральным стандартом высшего психологического образования)*

Как уже ранее отмечалось, настоящая позиция и главным образом сохраняющаяся неопределённость по вопросам доступа к оказанию профессиональной психологической помощи и в ходе прохождения третьей волны обсуждения законо-

---

---

проекта (несмотря на некоторые обнадеживающие заявления последних месяцев) остаётся основной зоной фрустрации в профессиональной среде. К тому же понятно, что вполне очевидный *ограничительный, запретительный* вектор выстраивания логики готовящегося законопроекта – а пока что нет никаких явных признаков того, что здесь что-то в корне поменялось – осложняет и без того непростую ситуацию в отношении практических психологов и лиц, получивших только лишь дополнительную подготовку по профилю определённой психотерапевтической модальности. Напомним, что в соответствии с версией закона от 2014 года и те и другие лишаются легального доступа к оказанию психологической помощи со всеми вытекающими отсюда последствиями для своего социального статуса.

Данную ситуацию участвующие в дискуссии профессионалы комментируют следующим образом.

- Когда мы прописываем, кто такой специалист-психолог, – мы в законе предъявляем определённые требования к квалификации. Это уровень образования не ниже высшего. Нельзя работать психологом, окончив двухмесячные курсы (глава психологической службы МЧС Ю.С. Шойгу, из интервью газете «Известия», 2017).
- Количество знаний в области психологической помощи не определяет успех. ...Высшее психологическое образование, безусловно, важно, но ВУЗы, осуществляющие академическое образование, практических психологов не выпускают – лишь знакомят с методами и подходами. ...«Остепенённые» коллеги, многое сделавшие для науки и преподавания, зачастую не имеют существенного опыта работы в практической психологии (Е.В. Лиознова, педагог-психолог высшей категории, кандидат психологических наук, доцент СПбГПМУ, профессор Балтийской педагогической академии, ноябрь 2017).
- Система академического образования психологов... мало что даёт для практики психологического консультирования (Н.Д. Линде, кандидат психологических наук, президент Центра эмоционально-образной психотерапии / Отзыв на закон о психологической помощи, 2014).
- Постановка в качестве цели законопроекта «установления на федеральном уровне единых стандартов организации психологической помощи населению, единых основ деятельности лиц, оказывающих психологическую помощь» представляется утопической и в корне неверной, поскольку предполагается, что законом будут охвачены самые разные виды психологической помощи, к тому же оказываемые в разных сферах и сферах. Требования как к подготовке специалиста в этих областях, так и к стандартам организации помощи, обладают спецификой, учесть которую невозможно или крайне сложно в рамках единого закона – это задача «объять необъятное» (Н.В. Кисельникова, доцент, кандидат психологических наук, заместитель директора по научно-организационному развитию, заведующая лабораторией консультативной психологии и психотерапии Психологического института Российской академии образования, Москва / Закон нужно обсуждать публично, Психологическая газета, ноябрь, 2017).
- Понятно, что авторы законопроекта здесь пошли по самому простому пути: психологическую помощь – любую, а не только определённые виды, требующие специальной квалификации – могут оказывать только специалисты-психологи с высшим психологическим образованием и никто больше. Попутно следует уточнить, что в настоящем законопроекте к психологической помощи причисляются и такие её виды, как психологическая профилактика, психологические тренинги, психологическое консультирование, которые, к примеру, являются стержневыми технологиями так широко рекламируемого психологического сопровождения образовательного процесса в РФ. И вот вопрос: а кто же будет осуществлять этот амбициозный проект во всем образовательном пространстве Российской Федерации, неужто только лишь выпускники престижных психологических факультетов, соответствующие высоким профессиональным условиям авторов цитируемой версии законопроекта? И каким же образом в этом случае будут реализованы главные тезисы будущего закона: «Обеспечение социальной защищённости и психологического благополучия населения РФ... Обеспечение доступа граждан к квалифицированной психологической помощи»? В самом деле, неплохо, когда «правая рука» энтузиастов-инициаторов такого нормотворчества хотя бы в курсе того, что собирается делать их «левая рука» (А.Л. Катков, доктор медицинских наук, профессор / О новой кампании по продвижению проекта Федерального закона «О психологической помощи населению в РФ», Психологическая газета, 2017).
- С принятием закона о психологической помощи... очень многим действующим психотерапевтам придётся либо стать арт-кураторами, семейными помощниками и гештальт-консультантами..., либо уйти в подполье (А. Балунов, действительный член Российского психологического общества / Психологическая газета, 2017).

То есть, во-первых – у специалистов, которые профессионально занимаются подготовкой кадров психологического и психотерапевтического профиля, мягко говоря, нет никакой уверенности в том, что планируемое ограничение допуска к оказанию психологической помощи только лишь для лиц с высшим психологическим образованием реально способно повысить качество такой помощи. Во-вторых, такие ограничения способны критически снизить объёмы легально оказываемой психологической помощи. Ну а в-третьих – в этом случае есть все шансы на пополнение армии парапрофессионалов, пока что уверенно лидирующих на всех психотехнических фронтах.

И теперь главное – а не есть ли все эти контрдоводы обычной защитной реакцией группы консервативно настроенных профессионалов? И вообще, насколько обоснованы все вот эти сомнения в дееспособности высшего психологического образования, применительно к вопросам оказания квалифицированной психологической (психотерапевтической) помощи? Ведь если однозначно доказано, что специалисты с дополнительным психологическим (психотерапевтическим) образованием существенно менее эффективны в практической работе с клиентами, чем академически образованные психологи, то и говорить не о чем. Но если вдруг выяснится, что всё ровно наоборот, то какой тогда смысл во всех этих законодательных ограничениях? Не правильнее ли в этом случае будет использовать продуманный дифференцированный доступ к сектору психологической (психотерапевтической) помощи в полном соответствии с компетенцией, полученной при прохождении лицензионного курса подготовки? В этом последнем случае и всплывают действительно важные стержневые вопросы сущностного содержания стандартов подготовки таких специалистов – и вслед за этим вопросы научной обоснованности, полноты и функциональной дееспособности всего теоретического и практического материала, на основании которого были или будут разработаны эти стандарты. Все эти важнейшие вопросы, хотим мы этого или нет, однозначно упираются в проблему дееспособного, научно обоснованного нормирования в рассматриваемом секторе профессиональной деятельности... и далее, здесь у нас что... молчание? А если нет, то где же все эти необходимые в данном случае аргументы?

***По пятой позиции актуальных дискуссионных вопросов (целесообразность законодательно оформляемого приоритета (или паритета с государственным) общественного регулирования в сфере оказания психологической помощи)***

По данной позиции аргументами против выдвигаемого здесь тезиса являются утверждения, что ни общество в целом, ни профессиональное сообщество, в частности, пока ещё не готовы к законодательному оформлению приоритета про-

фессиональной самоорганизации в сфере психологической помощи в РФ (А.И. Прихидько, 2017; С.М. Бабин, Д.А. Леонтьев / Дискуссия на саммите психологов, июнь, 2017).

Вместе с тем большинство участвующих в дискуссии профессионалов относятся к идее совмещения государственного и общественного регулирования – с паритетом или без паритета в одну или другую сторону – достаточно спокойно. Было бы что регулировать и на основании чего выстраивать дееспособную регулирующую функцию.

Тем не менее, здесь нужно прямо говорить и о том, что лидеры и другие заметные фигуры профессиональных ассоциаций психологического и психотерапевтического профиля, действующих в Российской Федерации, уж очень редко демонстрируют примеры консолидированного и эффективного взаимодействия в общем профессиональном поле. Хотя бы даже и в сфере разработки общих стандартов или правил нормативного регулирования профессиональной деятельности. И, наоборот, слишком часто мы являемся свидетелями примеров неприятия, конфронтации и огульных обвинений в непрофессионализме, конформизме и прочих грехах, которые наши вперёд смотрящие коллеги продуцируют с невиданной энергией, но которые затем мутными волнами расходятся по всему профессиональному сообществу, конечно, не вселяя оптимизма в отношении перспектив эффективной самоорганизации в нашей общей профессиональной среде.

Вместе с тем здесь есть и другие примеры, которые целесообразно обсуждать в следующем разделе. Пока же вопрос о «доле» профессионального саморегулирования в общем законодательном поле тесно увязан с предшествующим наиболее спорным вопросом о границах допуска специалистов с дополнительным профильным образованием к легальному сектору оказания психологической помощи. Здесь надо иметь в виду, что наиболее дееспособные профессиональные ассоциации в РФ, действующие в сфере психотерапии, как раз и объединяют специалистов, получивших дополнительное, а не базовое высшее психологическое образование. И надо понимать, что эффективное и гибкое регулирование деятельности именно таких специалистов возможно только лишь с привлечением соответствующих профессиональных ассоциаций, объединяемых в зонтичную саморегулируемую организацию национального уровня. Конечно, при условии, что такая зонтичная организация будет выполнять, прежде всего, ресурсные функции и только во вторую очередь – функции отраслевого национального регулятора.

Понятно и то, что при возобладании здравого смысла и решении главного вопроса в пользу сохранения легального доступа к сектору оказания психологической помощи для основного числа действующих здесь специалистов, необходимость законодательного оформления приоритета эффек-

тивного общественного регулирования в рассматриваемой сфере деятельности не будет вызывать никаких сомнений и тем более опасений. Такая норма будет восприниматься как вполне естественная и единственно возможная.

### **Обсуждаемая ситуация в сфере законодательного регулирования психологической помощи в РФ: чего нет, но должно быть?**

Итак, в связи со всем сказанным попробуем сформулировать основные информационные дефициты, препятствующие эффективному, нормативному регулированию в сфере оказания профессиональной психологической помощи. С нашей точки зрения, такими абсолютно неприемлемыми в данном случае дефицитами являются следующие.

*1) Дефицит осмысленного концептуально оформленного базиса в сфере психологической науки («академической» и прикладной); отсутствие соответствующей концептуально оформленной и адекватно выстроенной стратегии развития полного комплекса – психологической науки (с проработанными научно обоснованными принципами обеспечения психологической безопасности населения, нормирования-стандартизации в сфере психологической деятельности); профильного образования; практических психологических дисциплин; организации психологической помощи населению – на национальном и региональных уровнях; выводимой отсюда последовательности этапов нормативного регулирования профессиональной психологической деятельности, включая оказание психологической помощи населению РФ.*

Такая стратегия, как уже было сказано, может утверждаться на государственном уровне, и тогда она оформляется в соответствующую государственную программу развития психологической науки и практики (разработка и принятие законов о нормативном регулировании – здесь только необходимая часть такой программы). Но эта же стратегия может быть принята и на уровне профессионального сообщества, и выполнять функцию ресурсной системы координат в деле развития психологической науки и практики.

Здесь важно выделить то обстоятельство, что нормативное регулирование в данном случае является осмысленным, *проспективным* (т.е. выводимым из всего стратегического контекста) действием, которое закономерно приводит к планируемому результату. Это в корне, в том числе и в смысле прогнозируемых последствий, отличается от *реактивных* нормотворческих попыток хоть как-то реагировать на ситуацию неуправляемого хаоса в сфере бурно развивающегося рынка психотехнологий.

Приведённая оценка состояния отечественной психологической науки – с чего, собственно, всё и начинается – исходит от наиболее достойных её представителей (А.В. Юревич, 1999, 2001, 2005, 2008; В.А. Мазиллов, 2006; А.Н. Ждан,

2007; В.А. Кольцова, 2007; А.Г. Асмолов, 2017; Ю.П. Зинченко, 2017: из выступлений на VI съезде Российского психологического общества).

То же самое можно сказать и об оценке динамики качественного роста психологической науки. Критическая оценка такой динамики озвучивалась на V (Настоящее и будущее российской психологии: мнения ведущих специалистов / Национальный психологический журнал, 2012) и на VI съездах Российского психологического общества (Отчётный доклад президента РПО, академика РАО, доктора психологических наук, профессора Ю.П. Зинченко).

Опубликованные в 2016 году результаты проведённого в Российской Федерации форсайт-исследования (Т.А. Нестик, А.Д. Журавлев, А.В. Юревич. Прогноз развития психологической науки к 2030 году / Ярославский педагогический вестник, 2016), будем надеяться, это первые шаги к разработке такой осмысленной стратегии развития психологической науки в нашем пространстве. А факт утверждения в декабре 2017 года Концепции развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года свидетельствует только лишь о том, что если задачи – пусть и разработки гораздо более масштабной стратегии развития психологической науки и практики в РФ – ставятся, то они и выполняются.

*2) Дефицит полномасштабной и комплексной экспертной оценки ситуации в сфере нормативного регулирования психологической деятельности в РФ. В частности – экспертной оценки состояния научно обоснованного, социального и этического нормирования такой деятельности с выведением приоритетного и адекватного на сегодняшний день вектора нормативного регулирования оказания профессиональной психологической помощи.*

*3) И далее, отсутствие какого-либо аргументированного обоснования последовательности применения основных векторов законодательно оформляемого нормативного регулирования профессиональной психологической деятельности, в том числе деятельности по оказанию психологической помощи населению РФ.*

*4) Отсутствие внятной концепции или рабочей версии и полномасштабной пояснительной записки основного документа обсуждаемого законопроекта в открытом, либо даже в ограниченном (только для профессионалов) доступе.*

В такой ситуации, как уже было сказано, дебатироваться лишь фрустрирующие фантомы предшествующих версий закона, различные проекции и домыслы (т.е. «страсти», а не фактологические аргументы, как это должно быть), отнюдь не способствующие процессу профессиональной консолидации вокруг идеи вхождения российской психологической науки и практики в проработанное правовое поле.

*5) Отсутствие в силу всего сказанного предметной конструктивной дискуссии по теме эф-*

---

---

*фективного нормативного регулирования психологической деятельности, включая вопросы оказания психологической помощи населению РФ.*

**Какие дополнительные ресурсы могут быть использованы экспертными группами в настоящем времени?**

Понятно, что разработать в короткое время дееспособную концепцию развития психологической науки и практики и даже отдельно взятой национальной системы психологической помощи населению РФ (а эти вопросы, как мы стремились показать, взаимосвязаны) вряд ли получится. Однако продуманные шаги в этом направлении могут и должны быть сделаны и анонсированы в профессиональном сообществе. Масштабная и комплексная ревизия оценки ситуации в сфере существующего на сегодняшний день нормативного регулирования психологической деятельности в РФ может и должна быть проведена. И далее, должна быть аргументирована и выстроена адекватная временная последовательность использования основных векторов законодательного регулирования в секторе оказания психологической помощи населению РФ.

Безусловно, должен быть проанализирован и опыт законодательного регулирования деятельности по оказанию психологической помощи в регионах РФ, в странах со сходными социально-экономическими условиями. И, конечно, необходимо рассматривать предлагаемые альтернативные версии законопроектов с близкой тематикой.

Здесь мы обращаем внимание экспертной группы разработчиков обсуждаемого законопроекта на тот факт, что наиболее проработанные, утвержденные и действующие на сегодняшний день «Закон о психологической помощи населению в городе Москве» (от 30.04.2014 № 20), Закон «О системе государственной психологической помощи в г. Санкт-Петербурге» (от 20.11.2013 № 650) разработаны с приоритетом вполне очевидного здесь *регулирующего, регламентирующего* законодательного вектора. Так, например, в соответствующем Законе г. Москвы даётся следующее определение специалиста-психолога: «Лицо, имеющее высшее профессиональное образование или прошедшее переподготовку в области психологии». В Законе г. Санкт-Петербурга лица, оказывающие психологическую помощь, это: «...физические лица с требуемым уровнем профессиональной психологической подготовки» без дальнейших уточнений. При этом в перечне видов психологической помощи психотерапия в последнем документе не упоминается.

В Законе Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи» (от 01.07.2010 № 153-3) утверждена такая норма, что психологом, в том числе, может быть лицо, имеющее педагогическое образование с квалификацией психолога, педагога-психолога, практического психолога в системе образования, прошедшее переподготовку на

уровне высшего образования по специальности: «Практическая психология», «Медицинская психология», «Психология». В данном законе психотерапия не включена в утверждаемые здесь виды психологической помощи.

Полагаем, что все вышеприведённые законодательные нормы свидетельствуют, если не о мудрости или какой-то особой прозорливости инициаторов-разработчиков процитированных положений, то, по крайней мере, об их осторожности и уважении к сложившимся принципам социального нормирования в интересующей нас сфере деятельности.

Далее, на наш взгляд, вполне адекватным примером того, как готовятся и доносятся до заинтересованных представителей профессионального сообщества законопроекты с близким тематическим содержанием и приоритетным *обязывающим – стимулирующим* функциональным вектором, является документ законопроекта «Об охране психологического здоровья граждан в Российской Федерации», подготовленный О.В. Бермант-Поляковой (2013). В пояснительной записке к данному законопроекту даётся глубокий анализ ситуации в сфере оказания психологической помощи в РФ. Причём автор данного законопроекта основательно разобралась, в том числе, и с тем, какие на тот момент специалисты имели легальный доступ к оказанию разнообразных видов психологической помощи, какая иерархия этих видов профильной помощи здесь реально присутствует, а также и с тем, каким образом вот эту сложную и многоуровневую систему можно «подтянуть» к более высокому уровню качества реализуемых здесь технологий. Так, например, в первой же статье данного законопроекта в качестве основного предмета регулирования утверждаются «...порядки и стандарты оказания психологической помощи физическими лицами, имеющими образование в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Психология» (ФГОС: 030300) или «Клиническая психология» (ФГОС: 030401), или «Специальное (дефектологическое) образование» (ФГОС: 050700), или «Педагогика и психология девиантного поведения» (ФГОС: 050407), или «Социальная работа» (ФГОС: 040400), или «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» (ФГОС: 034400)». И, конечно, здесь необходимо отметить прилагаемый к пояснительной записке и основному тексту законопроекта выделенный текст «О новациях, реализованных в проекте Федерального закона «Об охране психологического здоровья граждан в Российской Федерации», который, с нашей точки зрения, облегчает восприятие документа и способствует более точному прогнозированию социальных последствий, связанных с утверждением данного законопроекта.

Далее, основным разработчикам обсуждаемого законопроекта необходимо использовать возмож-

---

---

ность многовекторного моделирования социальных процессов, стимулируемых с принятием предлагаемых законодательных норм, в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективах. Такая возможность моделирования достаточно сложных социальных процессов при заданных условиях на сегодняшний день есть.

Концепция законопроекта, при наличии такой необходимости, должна быть переформатирована с учётом полученных здесь результатов и доведена до профессионального сообщества.

### **Что здесь в состоянии предложить психотерапевтическая наука и практика?**

В первую очередь – это может быть конструктивный диалог заинтересованных лидеров российской психотерапии, которым здесь, безусловно, есть что предложить, с инициаторами и основными разработчиками готовящегося законопроекта.

Нашим коллегам, представляющим вот эту экспертную группу разработчиков законопроекта, необходимо принять к сведению тот факт, что российская психотерапия за последние двадцать лет своего развития сделала очень важные шаги и как раз в том самом направлении, которое мы здесь обсуждаем со всем возможным тщанием.

Начать с того, что первые обсуждаемые версии законопроекта о психотерапии, психотерапевтической деятельности, психотерапевтической помощи в РФ появились с конца 90-х годов прошлого столетия, а всего специалистами-психотерапевтами РФ за всё это время было подготовлено семь версий таких законопроектов. И если первые из этих версий ещё и можно считать в определённом смысле авантюрой, то каждая последующая версия только лишь «набирала» в корректной научно обоснованной аргументации и доказательной силе предъявляемого профессиональному и потребительскому сообществу обоснования. Но, конечно, главным здесь является то, что именно в эти последние десятилетия были проведены фундаментальные исследования, которые позволили предметно определить и функционально – на уровне универсальных психотерапевтических мишеней – дифференцировать ту обширную и размытую область, что обозначается как «психологическое здоровье».

Используемая здесь методология позволила выделить наиболее актуальные – в смысле обеспечения высоких уровней устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии деструктивной психологической и химической зависимости – свойства-процессы-состояния, а также исследовать эффективность инновационных психотерапевтических технологий, обеспечивающих форсированное развитие требуемых здесь кондиций психологического здоровья-устойчивости. На основании чего, собственно, и были разработаны базисные концепты психозтики, общей теории психотерапии, управления качеством пси-

хотерапевтической помощи, метамоделей социальной психотерапии и пр.

Здесь, конечно, нужно сказать и о том, что вот эта разработанная мета модель социальной психотерапии и есть идея того, как специалисты с разным уровнем подготовки в сфере психологического, психотерапевтического, и даже любого другого гуманитарного образования с психотехнической составляющей могут объединяться в профильные кластеры и обеспечивать психологической (понимаемой в широком смысле) помощью проблемную часть населения, притом, что уровень оказания и объём такой помощи будут прогрессивно повышаться, а процесс управления качеством оказываемой помощи будет непрерывно совершенствоваться.

На основании перечисленных и многих других достижений была разработана долговременная стратегия развития психотерапевтической науки и практики, включая вполне обоснованные компоненты нормативного регулирования данного вида деятельности. А параллельно с этим в профессиональном психотерапевтическом пространстве весьма интенсивно развивались общественные институты с функцией ресурсной поддержки и нормативного регулирования – за счёт осмысленного использования инструмента разработанных профессиональных стандартов и правил – профессиональной психотерапевтической деятельности (А.Л. Катков, 2012, 2015, 2017).

Помимо прочего, нам здесь важно донести мысль о том, что все эти тревожные тезисы, красной нитью прослеживающиеся в опубликованных результатах проведённого форсайтного исследования относительно будущего психологической науки (Т.А. Нестик, А.Д. Журавлев, А.В. Юревич, 2016) – обеспечение психологической, информационной безопасности; эффективная профилактика экстремизма, терроризма, компьютерной и другой киберзависимости; проблема устойчивости в условиях переживания экстремальных, острых и хронических стрессов; эффективного управления человеческими ресурсами – нами уже предметно исследовались, и результаты этих исследований были учтены при разработке соответствующей долговременной стратегии развития психотерапевтической науки и практики.

Далее, и это, может быть, даже более важно – донести те факты, что другие значимые тезисы из этой примечательной публикации о наибольшей востребованности в ближайшем будущем эффективных технологий психологического консультирования, психологической коррекции, психотерапии, других помогающих и развивающих психотехнологий и практик в проведённых нами масштабных исследованиях получили беспрецедентное качественное развитие. И теперь мы не только знаем, какие именно психотерапевтические эффекты являются наиболее востребованными в современном обществе, но также и то, каким об-

---

---

разом транслировать эти эффекты в корпус технологий, используемых в метамодели социальной психотерапии (заметим, что именно такая задача по повышению эффективности помогающих и развивающих технологий, используемых в образовательном процессе, ставится в утверждённой Концепции развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года).

И, наконец, уверить в том, что нам вполне понятен один из основных мотивов разработки обсуждаемого законопроекта – это желание отгородить население Российской Федерации от психотехнологий сомнительного свойства (в связи с чем, обычно упоминаются парапрофессионалы всех мастей, часть из которых именует себя «психологами» или «альтернативными психологами»). То есть речь идет, в том числе и о психологической безопасности наших сограждан. Однако мы на всех возможных уровнях показываем и доказываем, что вот эта важнейшая и сложнейшая проблематика, с учётом всего сказанного, требует, возможно, разработки отдельного кодекса законодательного регулирования, и это точно не задача сегодняшнего законопроекта, в связи с чем, анонсируемый ограничительно-запретительный вектор готовящегося законопроекта представляется неадекватным и несвоевременным. И, наоборот, адекватным и своевременным является нормирование вопросов прав граждан при оказании им профессиональной психологической (психотерапевтической) помощи; реально выполнимых правил и стандартов оформления такой помощи; эффективного управления качеством оказываемой профильной помощи со стороны отраслевого регулятора.

В этом ключе как раз и выстраивается последняя версия законопроекта о психотерапевтической помощи, разработанная в 2016 году.

Последнее, о чём здесь важно сказать: разработка законопроектов о психотерапии, психотера-

певтической деятельности, психотерапевтической помощи, конечно, не велась в каком-то правовом вакууме. Нашими коллегами был детально проанализирован опыт законодательного регулирования психотерапевтической деятельности в развитых странах мира (Е.В. Макарова, 2014). И результаты такого глубокого и конструктивного анализа можно и нужно использовать при подготовке обсуждаемого законопроекта.

### **Заключение**

Исходя из всего сказанного, целесообразным представляется:

- выведение темы обсуждения рассматриваемого законопроекта из зоны профессиональной фрустрации и «страстей», появление которых напрямую связано с недостатком информации о последней версии законопроекта, в зону полноценного информирования, научного обоснования – там, где это возможно – и здравого смысла;
- использование всех возможных (в том числе и предлагаемых в настоящем обзоре) ресурсов для улучшения качества законопроекта;
- организация открытой и главное – предметной дискуссии по вопросам нормативного регулирования в сфере оказания психологической и психотерапевтической помощи, обеспечения психологической безопасности населения РФ;
- использование ситуации, связанной с подготовкой обсуждаемого законопроекта, как эффективного стимула к развитию психологической и психотерапевтической науки и практики, к действенной консолидации профессионального сообщества;
- создание такого прецедента, когда в отдельно взятой сфере, тесно связанной с качеством психического здоровья населения, отходят, наконец, от практики хронического «мимопопадания» и «мимodelания».

### **Использованные источники**

- Асмолов А.Г. *Будущее психологии или психология без будущего / Из выступлений на VI Съездах Российского психологического общества, 2017.*
- Бабин С.Н. / *Из выступления на Саммите психологов, июнь 2017.*
- Балунов А. *Обращение / Психологическая газета, 2017.*
- Бермант-Полякова О.В. *Законопроект «Об охране психологического здоровья граждан в Российской Федерации».* – 2013.
- Ватулин А.И. *Материалы по тематическому круглому столу / Психологическая газета, октябрь, 2017.*
- Давидян Г.М. *Материалы по тематическому круглому столу / Психологическая газета, октябрь, 2017.*
- Ждан А.Н. *К теоретическим проблемам общей психологии // Вопросы психол. – 2006. – № 6. – С. 137-142.*
- Зинченко Ю.П. *Отчетный доклад / Из выступлений на VI Съездах Российского психологического общества, 2017.*
- Лиознова Е.В. / *Психологическая газета, ноябрь 2017*
- Катков А.Л. *Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования.* – Павлодар, 2012. – 223 с.
- Катков А.Л. *Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования) // Теория и практика охраны психического здоровья.* – 2015. – № 1 (1). – С. 2-88.
- 
-



---

---

Катков А.Л. Четвертая революция в психотерапии / Сетевое научно-практическое издание «АНТОЛОГИЯ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИИ» // Итоговый международный конгресс года «Возможности психотерапии, психологии и консультирования в сохранении и развитии здоровья и благополучия человека, семьи, общества», Москва, 12-15 октября 2017. – С. 41-76.

Катков А.Л. О новой компании по продвижению проекта Федерального закона «О психологической помощи населению в РФ» / Психологическая газета, 2017.

Кисельникова Н.В. Закон нужно обсуждать публично / Психологическая газета, ноябрь, 2017.

Кольцова В.А. Актуальные проблемы методологии современной отечественной психологической науки // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28, № 2. – С. 5-18.

Леонтьев Д.А. Реплика / Из дискуссии на саммите психологов, июнь, 2017.

Линде Н.Д. Отзыв на закон о психологической помощи. – 2014.

Нестик Т.А. Журавлев А.Д. Юревич А.В. Прогноз развития психологической науки к 2030 году / Ярославский педагогический вестник. – 2016. – № 5. – С. 177-192.

Мазилев В.А. Методологические проблемы психологии в начале XXI века // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 23-34.

Макаров В.В. Отзыв и предложения по изменениям и дополнениям к проекту Федерального закона «О психологической помощи населению Российской Федерации» // Психотерапевтическая газета. – 2014.

Макарова Е.В. Законодательное регулирование психотерапии. Опыт Европы и перспективы Российской Федерации // Профессиональная психотерапевтическая газета, февраль, 2014. – С. 16-20.

Прихидько А.И. / Психологическая газета, ноябрь, 2017.

Решетников М.М. О медицинской и психологической моделях психотерапии / Российский психотерапевтический журнал. – № 1. – 2017. – С. 92-93.

Сусанина И.В. / Психологическая газета, февраль, 2018.

Уголева Е.Ю. Вернёмся в «каменный век»? / Психологическая газета, январь, 2018.

Шевченко Ю.С. Психолог-психотерапевт! Почему нет? / Психологическая газета, январь, 2018.

Шойгу Ю.С. / Из интервью газете «Известия». – 2017.

Юревич А.В. Системный кризис психологии // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. – С. 3-12.

Юревич А.В. Методологический либерализм в психологии // Вопросы психологии. – 2001. – № 5. – С. 3-17.

Юревич А.В. Естественнонаучная и гуманитарная парадигмы в психологии, или Раскачанный маятник // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 147-151.

Юревич А.В. Перспективы парадигмального синтеза // Вопросы психологии. – 2008. – № 1. – С. 3-15.

Закон «О психологической помощи населению в городе Москве» (от 30.04.2014 № 20).

Закон «О системе государственной психологической помощи в г. Санкт-Петербурге» (от 20.11.2013 № 650).

Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи» (от 01.07.2010 № 153-3).

Проект Федерального закона «О психологической помощи в Российской Федерации», представленного в Государственную думу 24 июня 2014 г.

Решение Президиума РПО от 20.10.2017 г.

---

---

## РЕЗЮМЕ

### **СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Б.Т. Койшин, М.Б. Ергабылов

Шизофрения, ассоциированная с алкогольной зависимостью, является актуальной проблемой для практики судебной психиатрии. Сложность проблемы обусловлена взаимодействием эндогенного процесса и психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления алкоголя, а также влиянием неклинических факторов.

*Ключевые слова:* шизофрения, алкоголизм, общественно опасные действия.

### **О СОМАТОЦЕНТРИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К ОБЪЯСНЕНИЮ И ИЗУЧЕНИЮ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ (краткий критический очерк)**

Б.Т. Койшин, Н.В. Мартемьянов, Н.Г. Изотова, Г.Р. Мукашева

В статье представлены основные сведения о соматоцентрическом подходе к изучению соматоформных расстройств.

*Ключевые слова:* психосоматическая медицина, соматоформные расстройства.

### **СТРАСТИ ПО ЗАКОНУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Страсти по закону о психологической помощи в РФ» приводятся сведения по наиболее существенным аспектам обсуждаемого законопроекта, привлекающем внимание профессиональных психотерапевтов и психологов Российской Федерации. Анализируются ожидания и отзывы на данный законопроект. Обосновывается позиция профессионального психотерапевтического сообщества по вопросам сотрудничества в разработке новой версии законопроекта.

*Ключевые слова:* психологическая помощь, психотерапия, закон.

---

---

## SUMMARY

### **FORENSIC PSYCHIATRIC ASPECT OF SCHIZOPHRENIA ASSOCIATED WITH ALCOHOL ADDICTION**

B.T. Koyshin, M.B. Ergabylov

Schizophrenia associated with alcohol addiction is actual problem for the practice of forensic psychiatry. The complexity of this problem is due to the mutual influence of the endogenous process and mental and behavioral disorders due to alcohol use, and the influence of non-clinical factors also.

*Keywords:* schizophrenia, alcoholism, socially dangerous actions.

### **ABOUT SOMATOCENTRIC APPROACH TO EXPLANATION AND RESEARCHING OF SOMATOFORMIC DISORDERS (short critical essay)**

B.T. Koyshin, N.V. Martemjanov, N.G. Izotova, G.R.

In article the basic data about the somatocentric approach to studying of somatoform disorders are presented.

*Keywords:* psychosomatic medicine, somatoformic disorders.

### **PASSION FOR LAW OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION**

A.L. Katkov

The article by A.L. Katkov "Passions under the law on psychological assistance in the Russian Federation" provides information on the most significant aspects of the draft law under discussion, attracting the attention of professional psychotherapists and psychologists of the Russian Federation. Analyzed expectations and feedback on the bill. The article substantiates the position of the professional psychotherapeutic community on cooperation in the development of a new version of the bill.

*Keywords:* psychological assistance, psychotherapy, law.