
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том XII № 4

2012

Павлодар

Редакционная коллегия:

профессор, д.м.н. А.Л. Катков (главный редактор); профессор, д.ю.н. Н.М. Абдиров; к.м.н. Т.В. Пак (заместитель главного редактора); Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); Л.Н. Маркина (редактор); профессор Н.А. Бохан; профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; д.м.н. Ю.А. Россинский; к.м.н. А.А. Кусайнов; д.м.н. С.А. Нурмагамбетова; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; д.м.н. А.Ю. Толстикова; профессор А.А. Чуркин; д.м.н. П.Д. Шабанов; О.Г. Юсупов

Редакционный совет:

С.А. Алтынбеков (Алматы); А.А. Аканов (Алматы); С.З. Каирбекова (Астана); А.Т. Ескалиева (Павлодар); В.Ю. Завьялов (Новосибирск); Н.Н. Иванец (Москва); Р.Б. Исаева (Алматы); Г.М. Кудьярова (Алматы); И.Е. Куприянова (Томск); В.Н. Михайлов (Москва); А.В. Нерсесов (Астана); Л.А. Степанова (Томск); М.К. Телеуов (Астана)

**Регистрационное свидетельство №1943-Ж выдано
Министерством культуры, информации и общественного согласия
Республики Казахстан**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы наркологии Казахстана”
решением коллегии ВАК от 20.02.2004 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 2001 году
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
телефон (факс): 8(7182) 60-50-93.
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Нургазина А.З., Алина К.Ж.

Формирование свойств психологического здоровья в агрессивной среде 7-11

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

Катков А.Л.

Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в работе с мотивационной сферой зависимых от психоактивных веществ на этапе амбулаторной и стационарной медико-социальной реабилитации 12-17

Катков А.Л.

Структурированные техники полимодальной психотерапии, используемые на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от психоактивных веществ 17-19

Катков А.Л.

Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в работе с мишенью патологического психического статуса зависимых от психоактивных веществ 19-24

Катков А.Л.

Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в работе с мишенью патологического соматического статуса зависимых от психоактивных веществ 25-31

Катков А.Л.

Структурированные техники полимодальной психотерапии, используемые в заключительной фазе программ медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ 32-38

Катков А.Л.

Технологии стратегической полимодальной психотерапии, используемые на этапе первичной наркологической помощи 38-41

Катков А.Л.

Техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в работе с мишенью патологического влечения к психоактивным веществам 41-44

Россинский Ю.А.

К вопросу о диагностике свойств психологического здоровья, осуществляющие доступ к внутренним ресурсам у лиц в возрасте 9-18 лет 44-46

Россинский Ю.А.

Свойства психологического здоровья как поведенческие индикаторы адаптивных свойств личности в возрасте 9-18 лет: автономия/автономность 46-49

РГКП
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНЫХ
ПРОБЛЕМ
НАРКОМАНИИ»

Том XII
№ 4
2012 год

выходит
4 раза в год

<i>Россинский Ю.А.</i> Свойства психологического здоровья как поведенческие индикаторы адаптивных свойств личности в возрасте 9-18 лет: базисное доверие	49-52
<i>Россинский Ю.А.</i> Свойства психологического здоровья как поведенческие индикаторы адаптивных свойств личности: инициатива/инициативность	52-55
<i>Россинский Ю.А.</i> Свойства психологического здоровья как поведенческие индикаторы адаптивных свойств личности: уверенность	55-58
<i>Фесенко Н.Ф.</i> Диффузная идентичность в формировании и развитии психологических аддикций	58-62

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<i>Ескалиева А.Т.</i> Организация современной наркологической помощи: интегрированный подход	63-66
<i>Ибраев Б.З.</i> Основные направления совершенствования качества медицинской помощи (сообщение)	66-69
<i>Игонин А.Л., Клименко Т.В., Баранова О.В.</i> Практика применения в России законодательства о недобровольном лечении наркологических больных (1960-2010 гг.)	70-82

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

<i>Юсупов О.Г.</i> Спрос на лечение наркозависимости в Республике Казахстан в 2011 году. Совместимость данных по индикатору спроса на лечение с европейскими стандартами	83-93
<i>Резюме</i>	94-101
<i>Библиография к журналу «Вопросы наркологии Казахстана» за 2012 год</i>	102-105

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

CONTENTS

FOUNDERS:

SOCIAL EPIDEMICS

Nurgazina A.Z., Alina K.Zh.

Formation of properties of psychological health in aggressive environment 7-11

PREVENTION AND AFTERTREATMENT

THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

Katkov A.L.

The structured technique of a strategic polymodal psychotherapy used in work with the motivational sphere of dependent on psychoactive substances at a stage of out-patient and stationary medico-social aftertreatment 12-17

Katkov A.L.

The structured technique of a polymodal psychotherapy used at a stage of antirecurrent and a maintenance therapy dependent on psychoactive substances 17-19

Katkov A.L.

RPE “REPUBLICAN SCIENTIFIC-AND- PRACTICAL CENTER OF MEDICAL-SOCIAL PROBLEMS OF ADDICTION”

The structured technique of a strategic polymodal psychotherapy used in work with a target of the pathological mental status dependent on psychoactive substances 19-24

Katkov A.L.

The structured technique of a strategic polymodal psychotherapy used in work with a target of the pathological somatic status dependent on psychoactive substances 25-31

Katkov A.L.

The structured technique of a polymodal psychotherapy used in a final phase of programs of medico-social aftertreatment dependent on psychoactive substances 32-38

Katkov A.L.

The technologies of a strategic polymodal psychotherapy used at a stage of primary narcological help 38-41

Katkov A.L.

The technique of a strategic polymodal psychotherapy used in work with a target of a pathological inclination to psychoactive substances 41-44

Rossinsky Yu.A.

To a question of diagnostics of properties of the psychological health, providing access to internal resources at persons at the age of 9-18 years 44-46

Rossinsky Yu.A.

Volume XII
№ 4
2012

Properties of psychological health as behavioural indicators of adaptive properties of the person at the age of 9-18 years: autonomy 46-49

Rossinsky Yu.A.

Published
4 times in a year

Properties of psychological health as behavioural indicators of adaptive properties of the person at the age of 9-18 years: basic trust 49-52

<i>Rossinsky Yu.A.</i> Properties of psychological health as behavioural indicators of adaptive properties of the person: initiative	52-55
<i>Rossinsky Yu.A.</i> Properties of psychological health as behavioural indicators of adaptive properties of the person: confidence	55-58
<i>Fesenko N.F.</i> Diffusive identity in formation and development of psychological addiction	58-62

ORGANIZATION OF THE NARCOLOGICAL HELP

<i>Eskalieva A.T.</i> Organization of the modern narcological help: integrated approach	63-66
<i>Ibraev B.Z.</i> Main directions of improvement of quality of a medical care (report)	66-69
<i>Igonin A.L., Klimenko T.V., Baranova O.V.</i> Practice of application in Russia legislations on involuntary treatment of narcological patients (1960-2010)	70-82

INFORMATION AND REVIEWS

<i>Yusopov O.G.</i> Demand for drug addiction treatment in Kazakhstan Republic in 2011. Compatibility of data on the indicator of demand for treatment with the European standards	83-93
<i>Summary</i>	94-101
<i>The bibliography to the magazine «Questions of an addictology of Kazakhstan» for 2012</i>	102-105

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УДК 616.89:316.6

ФОРМИРОВАНИЕ СВОЙСТВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В АГРЕССИВНОЙ СРЕДЕ

А.З. Нургазина

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

К.Ж. Алина

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

Развитие современной цивилизации поставило перед человеком ряд новых задач, привело к появлению принципиально новых воздействий, прежде всего связанных с научно-технической революцией, ускорением темпа жизни, увеличением количества изменений в единицу времени, частым возникновением ситуаций, для разрешения которых необходимо применение подходов, не укладывающихся в рамки привычных стереотипов. Проникновение людей на территории с крайне тяжелыми климато-метеорологическими условиями, строительство в этих районах жилых комплексов, связанное с развитием промышленности, предъявляет значительно большие требования к психофизиологической адаптации. При этом могут создаваться условия, когда человеку приходится максимально использовать адаптивные ресурсы, жить в условиях, приближающих организм к «лимиту» адаптационных возможностей. Дальнейшее увеличение нагрузки на адаптивные механизмы или присоединение добавочных условно-патогенных факторов, которые в обычных условиях не способны нарушить резистентность организма, может привести к развитию патологии. Крайние варианты нормы психофизиологической адаптации обнаруживаются при изучении функционирования на грани адаптационных «лимитов».

Определенные условия могут способствовать сужению или расширению границ адаптивной психофизиологической нормы. У человека особо важное значение приобретают социально-психологические факторы.

Несомненный интерес представляют совокупные аналитические данные о распределении населения Республики Казахстан (РК) по уровням психологического здоровья-устойчивости. В целом, исследуемая генеральная совокупность – население РК – находится в зоне среднестатистического риска по профилю вовлечения в социальные эпидемии. Однако при дифференциации общей исследуемой группы по уровням устойчивости – высокому (значения стенов от 8 до 10), среднему (значения стенов от 4 до 8), низкому (значения стенов от 0 до 4) – в зоне среднестатистического риска остается до 72% населения.

При этом относительно высокие уровни развития ключевых свойств – позитивного жизненного сценария и адекватной информированности – являются дополнительными факторами, обеспечивающими устойчивость данной группы населения к агрессивному воздействию среды. Факторами, повышающими уровни рисков для данной группы населения, являются очевидная несостоятельность институтов, обеспечивающих эволюционное (адекватные профилактические программы) и форсированное (психологическая, психотерапевтическая кризисная помощь) развитие исследуемых свойств.

Зону максимального риска составляет до 20% населения страны. Из них, по нашим данным, до 7% населения уже вовлечено в химическую либо деструктивную психологическую зависимость (5% и 2%, соответственно); у более чем, 12% населения присутствуют признаки адаптационных расстройств с различными проявлениями синдрома деморализации.

Лица с высоким уровнем психологического здоровья составляют до 8% населения. По исследованиям, проведенным Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН), – это единственная группа населения, для которой соответствующая институциональная активность по эволюционному либо форсированному развитию исследуемых свойств не имеет существенного значения в плане снижения рисков вовлечения в социальные эпидемии.

В период 2002-2011 гг. РНПЦ МСПН выполнялась комплексная научно-техническая программа по исследованию проблемы социальных эпидемий. Рабочее определение изучаемого явления было следующим.

Под термином «социальные эпидемии» понимаются процессы развития у существенной части населения адаптационных расстройств, химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания), деструктивные психологические зависимости (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость), масштабы и темпы распространения которых, а также объемы потерь – психологических, социальных, биологичес-

ких, экономических, несомых обществом в связи с чем, представляют прямую угрозу существующему социальному порядку, этносу, государству.

Основные положения концепции психологического здоровья были разработаны коллективом научных сотрудников РНПЦ МСПН (А.Л. Катков, Ю.А. Россинский, С.А. Алтынбеков) в 2001-2005 гг.

Согласно данной концепции, психологическое здоровье представляет собой качественную составляющую категории психического здоровья, обеспечивающую возможность адекватной адаптации и свободного развития индивида в агрессивной среде. Катков А.Л. (1995) считает, что центральное место занимает человек как объект, формирующийся за счет различных информационных потоков и подвергающийся воздействию с их стороны на протяжении всей жизни (человек – мера всех вещей). Но в тоже время человек в данной схеме предстаёт субъектом, активно формирующим данные информационные потоки (человек – начало всех вещей).

Краткое описание формирования свойств психологического здоровья: *личностная идентификация, конструктивный идентификационный жизненный сценарий, навыки ответственного выбора, качество внутреннего локуса-контроля, наличие креативно-пластических личностных ресурсов.*

Краткое описание основных блоков разработанной концепции – содержательного (презентирующего наиболее существенные характеристики идентифицированных универсальных факторов риска-устойчивости), системно-динамического (демонстрирующего принципы интеграции идентифицированных свойств в психологические структуры следующего порядка – потребностные уровни и циклы их реализации, ресурсные личностные статусы – формирующие в итоге общую интегративную функцию, обеспечивающую устойчивость и безопасность субъекта в агрессивной среде), результирующего (представляющего основные теоретические выводы и перспективы практического использования основных концептуальных разработок) – приводятся ниже.

1. Содержательный блок, включающий краткую характеристику идентифицированных факторов психологического здоровья – устойчивости и их онтогенетической динамики сводится к следующему.

Личностная идентификация – одна из основных интегративных психологических характеристик, описанных известным американским психологом Э. Эриксеном (1959). Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени человек должен четко представлять себе ответы на вопрос, кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы должны исходить из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не по-

вторять навязанные извне сценарии-стереотипы, пусть и социально одобряемые. Перед субъектом, полноценно завершившим этап личностной идентификации (чему в немалой степени способствует адекватная стимулирующая активность основных агентов развития в период прохождения первых 4-х жизненных кризисов по Э. Эриксону), появляется отчетливая перспектива собственного жизненного пути, по которому его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Следовательно, в процесс последующего становления и достижения целей будут включаться более мощные психологические ресурсы, обеспечивающие и более высокую вероятность полноценного удовлетворения потребностного цикла. Соответственно, вероятность поиска и нахождения «коротких путей к счастью» за счет употребления психоактивных веществ (ПАВ) или специальных психотехнологий, практикуемых деструктивными организациями, у такого человека будет существенно более низкой.

Позитивный, идентификационный жизненный сценарий – данное свойство, являющееся, по определению, идентификационной характеристикой личности, выделяется нами в отдельную характеристику психологического здоровья-устойчивости в соответствии со всеми принятыми методологическими критериями (см. раздел 2). Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс личностной идентификации – 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного процесса конструктивный жизненный сценарий может находиться на стадии разработки и окончательно сложиться только к возрасту 19-21 года. К этому времени человек должен знать ответы на вопрос о том, что ему нужно делать для исполнения своих главных, идентификационных устремлений и желаний. Конструктивный жизненный сценарий, в данном случае, – глубинное и устойчивое образование, спаянное с ядром личности. Такой сценарий полярно различается с мимолетными намерениями и личностными планами, за которыми обычно не следуют соответствующие решения и действия (наличие адекватных решений, реализуемых в энергичных, целенаправленных действиях субъекта, являются основным отличительным признаком рассматриваемого свойства). Другой отличительный признак – существенное снижение уровня базисной тревоги и поисковой активности субъекта, порожденных ситуацией неопределенности в отношении основных конструктов (сценариев), координирующих бытие современного человека. Таким образом, позитивный жизненный сценарий, проистекающий из личностного ядра субъекта, завершившего процесс полноценной идентификации, выполняет важнейшую функцию базисной системы координат и обеспечивает: устойчивое продвижение в реализации намеченных целей, чувство деятельностного удовлетворения, эмоциональный комфорт, существенное по-

вышение качества жизни субъекта, что, в совокупности, достаточно надежно профилирует риски формирования адаптационных нарушений со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Навыки ответственного выбора – данное личностное свойство, в идеале, должно являться непременным атрибутом позитивного жизненного сценария, или, условно говоря, – некой гарантией для его успешной реализации в агрессивной среде, избыточной альтернативными предложениями (чаще всего, с краткосрочной и многообещающей перспективой). Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования – 3-6 лет); собственно навыки ответственного выбора формируются к 12-15 годам. Ключевой характеристикой свойства ответственного выбора является умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (что в литературе морально-нравственного толка обозначается как «стойкость к искушению»). Наличие каких-либо предпочтений или псевдовыбора с неустойчивым или непринятым решением в отношении возможных альтернатив, с одной стороны, негибкость и ригидность – с другой, качественно отличаются от вышеприведенной характеристики. То есть в нашем случае отказ от альтернативных сценарных решений – вполне осознанный и продуманный шаг, который делается с пониманием всех возможных потерь (обычно в краткосрочной перспективе) и приобретений (обычно в среднесрочной и долгосрочной перспективе). При этом отказ от альтернативных сценариев сопровождается дезавуацией их внешней привлекательности, что не влечет за собой разыгрывание какого-либо внутреннего конфликта. Субъект, обладающий сформированными навыками ответственного выбора, может утверждать, что, во-первых – способен принимать твердые, однозначные и последовательные решения в ситуации агрессивно навязываемого выбора. А во-вторых – держаться избранного, несмотря на продолжающееся давление. Ответственный выбор, реализованный в отношении конструктивного жизненного сценария, таким образом, обеспечивает безопасность прохождения собственного жизненного пути, «отбивая» внешне привлекательные, но, по сути, конфронтационные и агрессивные в отношении идентификационных перспектив, альтернативные сценарные планы (например, предложения по употреблению ПАВ с целью получения эйфорического, стимулирующего или релаксационного эффекта или предложения по вступлению в деструктивную секту, где «тебя по-настоящему понимают» и др.). Подлинной наградой – позитивным подкреплением акции по реализации свободного и ответственного выбора – является полноценное удовлетворение от воплощения того плана, в пользу которого было

принято ответственное решение. «Я сделал свой выбор, твердо стоял на своем, и в результате оказался прав», – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, обеспечившего безопасность своего жизненного пути и получающего деятельностное удовлетворение от избранной жизненной позиции.

Качество внутреннего локус-контроля – данное свойство личности (интернальности - экстенальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Роттером (1947). Характеристики локус-контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно решение о необходимости такого рода активности исходит от личности с оформленной мета-позицией внутреннего локус-контроля. Данное качество формируется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует развитие таких свойств личности, как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Субъект с развитым качеством внутреннего локус - контроля полностью осознает, что только он сам несет ответственность за все то, что происходит с ним в жизни. Данная мета-позиция повышает шансы на существенное улучшение качества жизни индивида в том случае, если его не устраивают существующие кондиции, за счет имеющихся инструментов индивидуального и социального развития. Изменить что-либо в себе или, хотя бы, признать необходимость таких изменений – уже реальный шаг в сторону развития, прелюдия к поиску профессиональной или иной конструктивной помощи и поддержки. Таким образом, сформированное качество внутреннего локус-контроля существенно повышает вероятность разворота личности в сторону долговременных, соответствующих идентификационным целям, информационных и психологических ресурсов, и профилирует, таким образом, неосознаваемый поиск «коротких путей к счастью», связанных с патологической адаптацией.

Психологические ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария – данные свойства личности, с одной стороны, являются интегрирующими и включающими вышеназванный перечень наиболее существенных личностных характеристик (этот достаточно понятный аспект в данном случае можно оставить без комментариев). С другой – содержит следующие специфические характеристики, являющиеся основой для формирования соответствующих профилактических и терапевтических мишеней: 1) проработанная базисная стратегия с акцентом на синергию (сотрудничество), открытая к изменениям, облегчающая быстрое усвоение информации, поступающей по различным каналам, а также – генерацию новых, актуальных информационных блоков. Первоосновой данной характеристики являются базисные свойства доверия (1 год), автономности-уверенности (2-3 года), трудолюбия (5-12 лет); завершение формирования, в норме, происходит к 18-20 годам; 2) наличие прорабо-

танного ресурсного личностного статуса (Я - ресурсный), актуализирующегося в моменты адаптационного напряжения и способствующего прохождению таких периодов в режиме стресс-серфинга, с максимумом приобретений и минимумом потерь. Первоосновой формирования данной характеристики являются базисные свойства инициативы (3-6 лет), трудолюбия-ответственности (5-12 лет); завершение формирования отмечается к 18 годам; 3) наличие необходимого объема знаний – умений – навыков, достаточных для реализации своих жизненных и профессиональных планов. Данные характеристики формируются в течение всей жизни, но особенно интенсивно – до 23-летнего возраста. Специально следует отметить, что в данной комбинации ресурсных характеристик приоритет отводится группе креативно-пластических ресурсов, обеспечиваемой синергетической стратегией поведения и активным сотрудничеством субъекта с внешними агентами развития и внутренними ресурсными инстанциями психического. Потенциал стереотипных психологических ресурсов, биологических адаптационных характеристик может быть в существенной степени увеличен за счет актуализации данной приоритетной группы креативно-пластических ресурсов. Сама по себе ресурсная достаточность субъекта надежно профилирует поисковое поведение в сторону сверхбыстрых, потенциально-патологических источников энергии и эмоционального комфорта.

Адекватная информированность об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным идентификационным жизненным сценариям – наиболее удаленное от ядра личности психологическое свойство, имеющее, тем не менее, прямое отношение к личностным реакциям, определяющим вектор поведения субъекта по отношению к агрессивным воздействиям среды. Данное свойство следует отличать от характеристики стереотипных знаний, поименованных в предыдущей позиции ресурсной достаточности субъекта. Существенная разница заключается в том, что адресация такого рода специально организованной информации к идентификационным сценариям и сформированным на этой основе ценностным установкам «запускает» механизм сценарного конфликта с возможными альтернативами деструктивного свойства. Именно в этих обстоятельствах последние идентифицируются как чужеродные и агрессивные по отношению к укорененным личностным ценностям. Таким образом, реализуется технология «информационной прививки», блокирующая возможное поисковое поведение субъекта с риском вовлечения в социальные эпидемии.

Названные личностные свойства представляют собой отнюдь не случайный набор характеристик психологического профиля. Тесная взаимосвязь описываемых свойств обусловлена синергетическим типом их общей функциональной активности. Вышеперечисленные свойства, сами по себе, достаточно

дифференцированные и представляющие обособленные структуры организации личности соотносятся между собой по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости, взаимодополнения.

Далее был выявлен универсальный алгоритм формирования полноценной психологической устойчивости к агрессивным влияниям среды, являющийся сквозным стержнем соответствующих профилактических и лечебно-реабилитационных программ:

- фаза полноценного развития первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающего адекватную поведенческую реакцию на информацию о вреде аддиктивного поведения по отношению к основным жизненным сценариям, а также успешное прохождение следующих этапов цикла;
- фаза реального конфликта основного (идентификационного) жизненного сценария с дивидендами конкурирующих деструктивных сценариев;
- фаза нейтрализации деструктивных сценариев с полной или частичной редукцией мотивации к реализации данных сценариев;
- фаза реализации позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, ассертивные способы реагирования) с агрессивной средой.

Также были обозначены основные типы формирования полноценной психологической устойчивости, проработаны условия их эффективной реализации:

- *нормативно-эволюционный тип* (реализуется при условии конструктивного прохождения жизненных кризисов индивидом по Э. Эриксону);
- *форсировано-эволюционный тип* (реализуется при условии активного использования адекватных первично-профилактических и превентивных технологий);
- *реабилитационный тип* (реализуется при активном использовании психотерапевтических, тренинговых и иных развивающих технологий в рамках соответствующих реабилитационных программ).

Таким образом, ни одно из поименованных личностных свойств не может быть полноценно сформировано без активного вовлечения и развития всех других. Это обстоятельство также должно учитываться в соответствующих терапевтических и профилактических стратегиях.

Степень устойчивости к агрессивным воздействиям внешней среды определяется не столько особенностями биологического статуса, сколько способностью к самоорганизации и саморазвитию, которая обеспечивается совокупностью определенных личностных свойств и условий, необходимых для их полноценного формирования.

Список использованной литературы:

1. Катков А.Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 2. – С. 9-12.
2. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2004. – Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 26-41.
3. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан) // *Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 4. – С. 102-107.
4. Катков А.Л. Универсальные факторы риска – устойчивости вовлечения в социальные эпидемии
5. Катков А.Л. Стратегия противодействия социальным эпидемиям: новые подходы.
6. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддикции в культуре отчуждения фрагментарная идентичность в зазеркалье постмодернизма: монография/ - Новосибирск: НГПУ, 2013.
7. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Пер. с англ. / Общ. ред. А.В. Толстых. - М.: Прогресс, 1996.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

СТРУКТУРИРОВАННЫЕ ТЕХНИКИ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАБОТЕ С МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРОЙ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.Л. Катков

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

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) – авторская модель, используемая в лечении и реабилитации зависимых от ПАВ.

В настоящем сообщении рассматриваются структурированные техники СПП, применяющиеся в работе с мотивационной сферой химически зависимых лиц на этапе амбулаторной или стационарной реабилитации.

В работе с таким запросом, как неустойчивая мотивация («утром хочу одно, вечером – другое»), используются следующие стандартные технические подходы.

В случаях, когда неустойчивая мотивация проявляется как атрибут стержневого синдрома – актуализированного патологического влечения, висцеропатического, аффективного – используются технологические подходы, описанные в предыдущих подразделах.

В случаях, когда неустойчивость мотивационной сферы является естественным следствием поспешно принятого, непродуманного и неподготовленного решения о вхождении в терапевтическую программу (обычно такие решения принимаются под давлением обстоятельств), и при отсутствии явных признаков актуализации стержневого синдрома используются следующие техники:

1) Техники с опорой на когнитивный компонент (разъяснение) – основные усилия здесь направлены на то, чтобы пациенты с поверхностной и неустойчивой мотивацией, во-первых, осознали глубину и тяжесть имеющегося у них состояния зависимости, а во-вторых – продвигались к принятию решения о необходимости серьезной, энергичной работы по освобождению от зависимости.

В данной связи тезисы, которые в виде вопросов чаще всего обсуждаются на собраниях терапевтического сообщества (здесь принимают участие все пациенты реабилитационного отделения или центра, а также члены реабилитационной бригады) или в групповых дискуссиях, проводимых на первом этапе вхождения в терапевтическую программу, формируются коротко и определенно: «Почему мы здесь оказались и что мы здесь делаем?». Ответы, которые

в результате соответствующей терапевтической работы должны получить пациенты, находящиеся на этапе вхождения в программу, также формулируются предельно четко и определенно: Они здесь по единственной причине – потеряли контроль над своим поведением (т.е. попали в зависимость); и для того, чтобы восстановить этот утраченный контроль (т.е. освободиться от зависимости). И пока они только начинают движение по этому пути – они уязвимы. И более всего уязвимы по причине непонимания всей реальной и потенциальной опасности зависимого состояния. В данном случае терапевтический режим выполняет функции утраченного контроля – его можно сравнить с неприятным на вкус, но необходимым лекарством, которое нужно принимать, чтобы быть здоровым. Терапевтическая программа выполняет функцию путеводителя по непростому маршруту от состояния зависимости-болезни к состоянию освобождения от зависимости – здоровья и восстановления контроля над своим поведением. И пока не построено собственной дороги – той, которая будет вести пациента по новой, здоровой и свободной жизни – терапевтической программе следует доверять. Таким образом у пациента только один настоящий враг, которого следует опасаться – это патологическая зависимость (однако этот враг имеет множество уловок, хитростей и личин, в которых нужно уметь разбираться), и два настоящих друга, которые помогут выстоять на первых порах – это терапевтический режим, не оставляющий никаких лазеек для болезненных атак, и терапевтическая программа, шаг за шагом формирующая внутренний стержень устойчивости к повторному вовлечению в зависимость. Вопрос лишь в том, чью сторону примет сам пациент. Постоянное обсуждение данных тезисов с многочисленными иллюстрациями, приводимыми старшими резидентами, постепенно склоняют чашу весов в сторону того чтобы остаться в программе, хотя бы для получения ответов и на другие вопросы, касающиеся не столь очевидных позиций (например, такие: где границы утраты контроля; почему пациент не может сам отказаться от употребления ПАВ тогда, когда это действительно пока-

жется ему нужным, необходимым и пр.). Основной результат, который в данном случае следует считать успехом – существенное снижение показателей выхода пациентов из терапевтической программы в продолжение первых 2–3-х недель пребывания в реабилитационном отделении или центре. Далее, оценивается то обстоятельство, в какой степени у пациента формируются признаки интереса к своему собственному состоянию в плане определения стадии формирования зависимости, а также доверие к терапевтическому режиму и программе.

2) Техники с опорой на когнитивный (контраргументация) и поведенческий компоненты – основная задача данного технического действия – продемонстрировать несостоятельность стандартных защитных «речевок» пациентов с неустойчивой мотивацией, содержание которых обычно сводится к тому, что 1. никаких явных признаков зависимого состояния у них нет; 2. они сами способны контролировать свое поведение и прекратить употребление алкоголя или наркотика при необходимости; 3. при отсутствии такого желания никакая реабилитационная программа им не поможет. Техническое действие основано на: избегании прямой конфронтации с высказываниями пациентов; опоре на те очевидности, которые невозможно не признавать; доверии к опыту старших резидентов, демонстрирующих признаки устойчивого ресурсного состояния, привлекательного для «новичков»; игровой манере действия, снимающего конфронтационное напряжение.

На предварительном этапе технического действия оценивают состояние участников группы, идентифицируют пациентов с неустойчивой мотивацией, которые готовы выносить это обстоятельство как проблему. «Инициативные» пациенты, по возможности, четко формулируют аргументы против продолжения участия в терапевтической программе – от простых («не хочу», «не нравится») к более сложным, которые постоянно либо периодически актуализируются и препятствуют полноценному вхождению в программу. Эти аргументы переносятся на плакаты, которые в последующем игровом действии выполняют роль рекламных щитов. Пациентам с неустойчивой мотивацией и всей группе поясняют, что в этом игровом действии они могут увидеть на только «лицевую – рекламную» сторону зависимости, основная функция которой как раз и заключается в притуплении инстинкта самосохранения и вовлечении как можно большего количества молодых людей, но и ее «обратную» сторону, где все обстоит именно так, как есть на самом деле. При этом у всех присутствующих будет возможность осознать степень своей собственной вовлеченности в «рекламные» сценарии зависимости и дистанцироваться от них. В завершении предварительного этапа за счет активности участников группы первичный перечень аргументов «против» участия в программе дополняется расхожими штампами – мифами, которые ис-

пользуются: 1. с целью вовлечения в зависимость («живешь один раз – нужно попробовать все», «от одной пробы ничего не будет – только весело», «можешь бросить, когда захочешь – стоит только захотеть» и т.д.); 2. с целью удержания в зависимости и отодвигания сроков лечения («Я не больной, мне лечиться не нужно», «Я контролирую свое поведение и никакая помощь мне не нужна», «У меня проблем нет – это у тех, кто хочет отправить меня на лечение, есть проблемы» и т.д.); 3. с целью обеспечения «проигрыша» реабилитационного сценария и возврата к регулярному употреблению ПАВ («героин умеет ждать», «героин смеется последним», «сколько веревочке не виться – конец всегда один» и т.д.). Таким образом участники терапевтического процесса могут убедиться в том, что на каждой стадии вовлечения и формирования зависимости действуют рекламные штампы – информационные вирусы, которые резко ослабляют защитные барьеры психики человека. На данном этапе важно, чтобы именно этот контекст – продуманной атаки на защитные силы личности – был раскрыт в соответствующих примерах старшими резидентами. На следующем этапе группа делится на 3 команды, задача которых – к каждому «рекламному блоку» придумать адекватные антитезисы – своего рода антивирусную программу – которые, во-первых, соответствуют истине, а во-вторых – «убивают» разрушительные вирусы, восстанавливая защитные барьеры психики человека. Пациенты с неустойчивой мотивацией распределяются по всем группам, их активность в выполнении технического задания всемерно стимулируется и позитивно подкрепляется терапевтом и старшими резидентами. По завершении данного процесса (проходящего, как правило, на подъеме, с важными креативными находками) содержание основных контраргументов переносится на обратную сторону заготовленных ранее плакатов. И далее проводится сеанс разоблачения «черной магии» зависимости, который показывает, что никакой «магии» на самом деле нет – есть наглый и циничный обман, продуманная система уничтожения всего лучшего, что есть в человеке, реализуемая только с одной целью – как можно дольше удержать его в качестве активного потребителя наркотиков и алкоголя и, соответственно, получить как можно больше прибыли. «Сеанс» проводится таким образом, что пациенты с неустойчивой мотивацией могут сами выбирать метапозицию: расположиться с «лицевой» – фальшивой стороны плакатов (т.е. внутри замкнутого круга, символизирующего зависимость), или со стороны истины, за кругом – в открытом пространстве, символизирующем свободу. Подготовленные всем предыдущим действием пациенты выбирают, как правило, последний вариант. На завершающем этапе проводится дискуссия по материалам пройденной сессии. Один из главных вопросов, который следует обсудить «по горячим следам» – как откры-

тое пространство свободы сочетается с достаточно жестким терапевтическим режимом. Здесь существует много вариантов демонстрации того, как не просто размыкается круг зависимого состояния, что, собственно, и является главной целью терапевтического режима. Однако первый и очень важный шаг в этом направлении сделан – пациенты с неустойчивой мотивацией осознали степень угрозы и приняли решение об участии в программе восстановления защитных сил и контроля над собственным поведением. Далее проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников. Хорошим результатом следует считать положительную обратную связь от группы инициативных пациентов, свидетельствующую о переходе от стадии предразмышления и размышления к стадии действий (по классификации Д. Прохазки, К. ДиКлементе).

3) Техники с акцентом на актуализацию образа «лестницы потерь», прохождение которой неизбежно связано с формированием химической зависимости, образа «лестницы приобретений», прохождение которой возможно в рамках реализуемой терапевтической программы. Основная задача данного технического действия – формирование устойчивой мотивации на участие в терапевтической программе, прояснение понятий «зависимость – болезнь», «здоровье – освобождение от зависимости», выстраивание терапевтического маршрута от зависимости к освобождению.

Техническое действие проводится при наличии в открытой группе как младших резидентов с неустойчивой мотивацией («утром хочу лечиться, вечером – домой»), так и старших резидентов, понимающих и принимающих необходимость активного участия в реабилитационной программе. Действие начинается с обсуждения тех мыслей и тезисов, которые актуализируются у пациентов с неустойчивой мотивацией и оправдывают их выход из программы. Обычно это утверждения того плана, что именно эти пациенты зависимыми не являются, контролируют свое поведение, самостоятельно могут решить все проблемы и пр. Далее до «инициативных» пациентов доносится тот факт, что одно из самых коварных свойств зависимости как раз и заключается в том, что потери, совершенно неизбежные при формировании патологического влечения, долгое время маскируются и оправдываются сложными жизненными обстоятельствами и пр. «Прозрение» наступает часто лишь тогда, когда человек теряет почти все, включая и ресурс собственного здоровья. С этой целью терапевт предлагает участникам группы сконструировать «лестницу потерь», где каждая ступень будет обозначать утрату важной жизненной платформы – 1. уважения окружающих, 2. доверия близких, 3. престижной работы, учебы, 4. денежных средств, 5. личной свободы и контроля над собственным поведением, 6. здоровья с такими его главными атрибутами как хорошее самочувствие, энергия,

оптимизм, высокое качество жизни, 7. свободы в юридическом смысле (проблемы с законом), 8. самой жизни. Каждая ступень в пространстве помещения, где проходит терапевтическая сессия, обозначается соответствующим сектором. Терапевт предлагает участникам группы вначале высказаться в отношении тех потерь, которые каждый из них уже осознал, и занять именно ту ступень, до которой они дошли. При этом, как правило, основное количество участников располагается в секторе пятой – шестой ступени, открыто заявляя о том, что все остальные ими, так или иначе, пройдены. Таким образом формируется «живая» и «говорящая» лестница потерь, которая всем своим видом и голосом свидетельствует, во-первых, о том, что признавать наличие потерь – это ни в коем случае не стыдно, зазорно и пр., напротив – это означает конец унижительному самообману и начало пути к лестнице приобретений. Искренность, доверительность общения, выстраиваемого на данном этапе между старшими резидентами и «новичками», обычно способствует тому, что некоторые из последних сообщают, что им теперь все понятно, и без какой-либо конфронтации или принуждения занимают место в секторе определенной ступени и в свою очередь рассказывают о понесенных к этому времени потерях.

На следующем этапе, напротив «лестницы потерь» выстраивается такая же живая и говорящая «лестница приобретений», являющаяся прообразом дистанции, которую необходимо преодолеть, чтобы освободиться от зависимости и компенсировать понесенные утраты. Возможен и такой вариант, что это действие не будет простой компенсацией потерь – ведь опыт развития в кризисной ситуации, если им правильно воспользоваться, может продвинуть человека далеко за пределы его, в прошлом ограниченных, возможностей и горизонтов. Однако чтобы достичь до такого результата, следует полностью разобратся в потенциале терапевтической программы и не терять времени на «топтанье на одном месте – шаг вперед, два назад или наоборот». Резиденты, уже вошедшие в программу, и старшие резиденты, занимая определенные секторы – ступени «лестницы приобретений», делятся своими ощущениями от достигнутых результатов и планами того, что еще предстоит сделать. Такие доверительные высказывания старших резидентов, подкрепленные неподдельными признаками ресурсного состояния, в котором они находятся, – наилучшая и существенная пропаганда активного участия в терапевтической программе для лиц с неустойчивой мотивацией. У последних на данном этапе обычно появляются вопросы, свидетельствующие о растущем интересе к программе. Здесь нужно предоставить возможность старшим резидентам донести до колеблющихся «новичков» свой собственный опыт прохождения этапов МСР и вселить в них надежду на успешное преодоление дистанции от зависимости к освобождению

нию. Таким образом, в результате этих двух последовательных действий формируется, с одной стороны, отрицательная мотивация к продолжению употребления ПАВ, а с другой – положительная к участию в терапевтической программе. Позитивным результатом терапевтической сессии следует считать редукцию неустойчивого поведения и повышение конструктивной мотивации у инициативных пациентов.

4) Техника «два магазина», направленная на формирование ясных, понятных представлений о механизмах формирования зависимости и неизбежной цене, которую платит каждый зависимый человек, а также – о той цене, которую надо заплатить за освобождение от зависимости. Данное техническое действие по стилю исполнения отличается от предыдущего тем, что проводится в режиме экспрессивного мозгового штурма с участием всей группы, в ходе чего терапевт лишь задает вопросы и фиксирует ответы на доске или флипчарте. Общий терапевтический смысл технического действия заключается в том, что у пациента, получившего представление об истинной и постоянно растущей цене наркотика или алкоголя, возникает конфронтация или стихийный протест, который следует канализировать в соответствующие отрицательные мотивационные установки. Аналогичным образом постоянно растущее позитивное качество продукции «соседнего магазина», где пациент приобретает здоровье и свободу, должно формировать устойчивую мотивацию на участие в терапевтической программе. Таким образом, в этой конкуренции должно выиграть то «учреждение», которое, во-первых, не обманывает, а во-вторых, предлагает безопасный и высококачественный «продукт».

Техническое действие начинается с вопроса терапевта группе участников – с какой целью они приобретали наркотики, алкоголь; что, собственно, их привлекало в этом товаре? Сколько платили за дозу? Сколько денег тратили ежедневно? Далее вопросы строятся таким образом, чтобы пациенты понимали, что речь идет не только о деньгах, – это упущенное время, отношение окружающих, доверие родных и близких, престижная учеба, карьера, утраченная свобода, здоровье, качество жизни, и, наконец, сама жизнь. Опрос идет в режиме мозгового шторма при позитивном подкреплении активности участников. Терапевт лишь коротко комментирует ответы и заносит их в общий список «цены продукта», которая постоянно растет. Важным моментом здесь является возвращение к теме «качества» продукта – лица с многолетним стажем употребления наркотиков могут засвидетельствовать перед всей группой факт того, что чем дальше, тем больше наркотики употребляют, чтобы снять «ломку» – т.е. привести себя в более или менее нормальное состояние. Так стоит ли на все это тратить так много усилий и платить столь непомерную цену?

Другим важным моментом является выведение «на чистую воду» разного рода уловок по «оздоровлению», «освежению», «сбрасыванию дозы» – попыток зависимых лиц хотя бы временно снизить цену, которую они платят, и повысить качество приобретаемого «товара» в смысле возврата его наркогенных свойств. Старшие резиденты и лица с большим стажем наркопотребления здесь могут сказать о том, что, во-первых, это ненадолго – все возвращается на свои круги в считанные дни. А во-вторых, многие после таких курсов детоксикации, предпринимаемых без целей освобождения от зависимости, погибли от передозировок (если таких примеров не находится у участников группы, об этом может сказать терапевт). После того как «полная» цена сформирована, следует провести обратную связь с «новичками» программы – пациентами с неустойчивой мотивацией. Что они знали об этом, что думают, что чувствуют, что собираются делать? – ответы, которые показывают наличие конфронтации с циничным обманом, практикуемым в сфере наркобизнеса, признаки формирования отрицательной мотивации – должны получить соответствующую оценку терапевта и группы. На следующем этапе проводится мозговой шторм в отношении того, какую цену нужно заплатить, чтобы вернуть себе все то (или хотя бы часть того), что было растрчено в «первом магазине». Таким же образом на другой части доски или флипчарте записываются характеристики цены. Этот фрагмент технического действия является крайне важным с той точки зрения, что именно здесь прорабатываются главные характеристики реабилитационного режима и терапевтической программы, которые в данном случае не навязываются извне, а генерируются самим сообществом и принимаются как жесткая необходимость. Т.е. пациенты таким образом приходят к идее интенсивного прессинга развивающих практик, правил и установок «нормальной» жизни, реализуемых в общем контексте терапевтического режима. Далее, такая цена, конечно, должна включать и достаточный период времени, необходимый для полного восстановления и формирования устойчивости к повторному вовлечению в зависимость. Этот последний момент наиболее интересен с точки зрения определения качества «конечного продукта», приобретаемого в том «магазине», где ведется честный обмен, и крайне важен в связи со следующими обстоятельствами. В ходе острой дискуссии, которая неизбежно возникает при определении соотношения «цены» (т.е. совокупности затрачиваемых усилий, времени, средств и пр.) и качества конечного продукта (т.е. фактов того, что человек действительно освободился от зависимости) участниками дискуссии, особенно теми, кто находится на этапе вхождения в программу, могут высказываться обоснованные сомнения в этих последних фактах. Многие из тех, кого они лично знали, после прохождения реабилитационных программ возвращались к

потреблению ПАВ в очень короткие сроки или даже на следующий день после выписки. Так где гарантия того, что все эти усилия не напрасны? Столкновения мнений, которые происходят вокруг данного вопроса, чрезвычайно полезны. При таких диспутах, как правило, выясняется что: 1. необходимо видеть разницу между «отбыванием номера» и подлинной реабилитацией, что, в первую очередь, зависит от мотивации самого резидента; 2. необходимо ясно представлять себе конечную цель реабилитационного процесса и, не теряя времени даром, энергично продвигаться к этой цели; 3. такая цель может быть только одна – формирование высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в зависимость (в частности – к почти неизбежным «атакам» наркодилерской сети, недоверию со стороны родных и близких, жизненным проблемам, стрессам и пр.); 4. таким образом, необходимо с самого начала ясно представлять, чем отличается один резидент, который после завершения полного курса имеет все шансы освободиться от зависимости (т.е. тот, который успел развить в себе высокий уровень устойчивости к повторному вовлечению в зависимость), – от другого, который после аналогичного курса таких шансов не имеет (т.е. не захотел или не смог развить в себе необходимых свойств); 5. также и то, что конечный «вес» и качество приобретенного таким образом продукта будут гораздо выше первоначальных ожиданий, так как сформированные высокие уровни психологического здоровья – устойчивости обеспечивают возможность интересной и насыщенной жизни не в какой-то искусственной, а в современной, агрессивной среде.

На третьем этапе технического действия (в случае, если обозначенная дискуссия состоялась, и участники группы готовы платить подлинную цену и получать высококачественный «продукт»), в таком же режиме мозгового штурма, формируется зрительный образ тех психологических свойств, которые и обеспечивают устойчивость к повторному вовлечению в зависимость. Участники группы могут вспоминать своих знакомых, у которых это получилось, рассуждать о том, какие качества характера им в этом помогли. При этом терапевт стремится к тому, чтобы эти характеристики были максимально конкретными и понятными для всех участников терапевтического процесса. Этот новый образ «главной цены вопроса» следует записать отдельно на доске или флипчарте и обвести жирной линией, подчеркивая тот факт, что группа продвинулась к очень важному рубежу – осознанию главной цели терапевтической программы. Одно дело – «просто» желать освобождения от зависимости, но совсем другое – точно знать, куда именно нужно пойти, чтобы этот факт состоялся. Тех резидентов, которые это хорошо понимают и двигаются в данном направлении, никакие сведения о том, что якобы только у каждого десятого есть шансы удержаться в состоянии трезвос-

ти, не касаются. Они все входят в эти десять процентов. Такова обнадеживающая правда, которая должна сформировать устойчивую мотивацию к участию в терапевтической программе у большинства «новичков». Именно этот результат и будет наиболее приемлемым в завершении общего технического действия.

5) Техника «маятник» – используется в отношении тех же пациентов с неустойчивой мотивацией. Основная терапевтическая идея здесь заключается в достижении четкого осознания бесперспективности «раскачивания» между разными установочными позициями, формировании и реализации такой конструктивной линии поведения, которая по-настоящему будет использовать весь потенциал этих будто бы противоречивых полюсов притяжения.

Техническое действие начинается с идентификации группы пациентов с неустойчивой мотивацией, оформления соответствующего запроса на помощь. Терапевт просит как можно более точно сформулировать противоречивые мотивы, которые, к примеру, утром «тянут» его к решению остаться в терапевтической программе, а вечером – наоборот, уйти из отделения, побыстрее встретиться с родными, близкими, друзьями, свободно распоряжаться своим временем и пр., – т.е. выйти из программы. Каждый из этих мотивов будто бы образует полюс притяжения, похожий на маятник – пациента раскачивает то в одну, то в другую сторону. Задача терапевта и группы показать, что на самом деле ситуация обратная – оба этих полюса отталкивают пациента. Терапевтическая программа не принимает его, потому что он сам не принял эту программу и до конца не решил, что же ему нужно от прохождения полного реабилитационного курса. Полюс родных и близких отталкивает его потому, что в этом качестве зависимого человека, причиняющего бесконечные страдания тем, кто его окружает, он никому по-настоящему не нужен. Все эти действия буквально воспроизводятся двумя группами участников, которые переталкивают, перебрасывают инициативного пациента друг другу с соответствующими словами и выражениями. Последний при этом чувствует себя достаточно дискомфортно, в том числе и на телесном уровне, о чем сообщает на короткой обратной связи. После чего действие возобновляется до того момента, пока сам пациент не остановится посреди этих «толкающихся» полюсов и не поймет, что нужно принимать какое-то однозначное решение. Собственно, решений здесь может быть только два – либо окончательный выход из программы, либо, наконец, по-настоящему в нее включиться. На следующем этапе проигрываются оба варианта решения. При этом выясняется, что первое – это возврат к тому же маятнику, только с большей амплитудой колебаний (что еще хуже переносится «укачиваемым» пациентом). В данной ситуации пациент получает наглядное представление о том, что на самом деле этот «большой»

маятник двигают два простых механизма. Первый («надоело быть пьяным») толкает пациента в наркологическую клинику. Второй («надоело быть трезвым») выталкивает его к наркотику или алкоголю. И таким образом тошнотворные выталкивания-перебрасывания продолжают. Во время второй неизбежной остановки терапевтом стимулируется интенсивное обсуждение вариантов выхода из этой ситуации. Наиболее конструктивное решение связано с такой последовательностью событий, чтобы теперь вначале сам пациент «притянулся» к полюсу терапевтической программы – уже не отталкивающей его, как ранее, но принимающей с доверием и надеждой. Затем, полностью экипированный для следующей встречи за счет полноценного похождения реабилитационного курса – он может пропутешествовать к полюсу родных и близких, подлинной свободы, тому пространству, где «никогда не надоест быть трезвым». Данный конструктивный вариант движения пациента проигрывается в соответствующих фрагментах психодраматического действия, где всемерно позитивно подкрепляется его активность по обсуждению и принятию терапевтического контракта, точному определению всего того, что он должен достигнуть в ходе прохождения терапевтической программы (и чего ждут от него родные и близ-

кие). Кроме того, необходимо выстроить адекватный сценарий будущего – того, чем будет заниматься пациент на противоположном полюсе, когда придет это время, и как будет получать удовлетворение от жизни, чтобы не надоело быть трезвым. Клиенту наглядно демонстрируют то обстоятельство, что лишь по достижении этих конкретных целей противоположный полюс будет уже не отталкивать, а наоборот – по-настоящему притягивать человека, однажды принявшего правильное решение и нашедшего в себе силы и мужество следовать ему.

На заключительной стадии реализации технического действия проводится стандартная процедура оценки состояния участников, дискуссия по материалам терапевтической сессии. Приемлемым результатом следует считать существенное повышение мотивации к участию в терапевтической программе и выстраивание адекватного сценария ее прохождения в группе пациентов с неустойчивой мотивацией.

Наш опыт использования вышеприведенных структурированных техник СПП в работе с мотивационной сферой зависимых от ПАВ, проходящих амбулаторную либо стационарную реабилитацию, позволяет сделать вывод об эффективности данного подхода.

УДК 615.832.9; 615.851; 616.89

СТРУКТУРИРОВАННЫЕ ТЕХНИКИ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НА ЭТАПЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Л. Катков

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

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) – инновационная технология, используемая в лечении и реабилитации зависимых от ПАВ. Данная технология была разработана и апробирована нами в период 2001-2010 гг. в ходе реализации тематических научно-технических программ РНПЦ МСПН.

В настоящем сообщении описываются структурированные техники СПП, применяемые на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ.

На данном этапе приоритетными мишенями являются дефицитный ресурсный статус, мотивационная сфера, семейный и социальный статусы зависимых лиц.

Стандартными технологиями СПП в работе с такими наиболее часто встречающимися запросами,

как: «не хватит сил, энергии», «пустота внутри, не знают чем заполнить», «не знают, где искать точку опоры в жизни», будут следующие:

1. Простые техники ресурсной поддержки:

– разминочные техники используются в группах противорецидивной и поддерживающей терапии с целью актуализации первичного ресурсного состояния пациентов с запросами на ресурсную поддержку. В данном случае проводится интерактивная техника обмена приветствиями: «Я рад тебя видеть, потому что (следует позитивная оценка образа партнера)», «Я рад тебя видеть здесь, ведь ты являешься важным для меня человеком, потому что (следует аргументация позитивного влияния партнера на группу)». В результате отмечаются признаки вхождения группы в первичное ресурсное состояние. Для кли-

ентов с ресурсным запросом даже и такое короткое действие оказывает долговременный эффект, т.к. актуализирует ресурсную память;

– техники ресурсного наводнения (подробно описанные в предыдущих сообщениях) очень хорошо снимают усталость и «наквипь» дискомфортных ситуаций, которые чаще всего и являются причиной энергетического спада;

– техники управляемой ресурсной памяти (подробно описаны в предыдущих сообщениях) – являются средством скорой помощи при ресурсном коллапсе;

– техники активного воображения («воспоминание о будущем») – подробно описаны в предыдущих сообщениях.

2. Сложные техники ресурсной поддержки – для работы с такими запросами, как «не знаю, где искать опору в жизни», могут быть использованы такие ранее описанные нами технологии, как «Линия жизни», «Ресурсные поля», «Шаги за горизонт». Модификация в этом случае будет самой незначительной и не касающейся общего алгоритма реализации приведенных комплексных техник. Последние эффективны как в отношении заявляемой проблемы, так и в плане достижения универсальных целей, включая формирование устойчивого ресурсного состояния.

3. Техника с опорой на сказко-драматический сюжет «Илья и калики» используется для работы с пациентами, которым «не хватает сил, энергии, не знают, где искать точку опоры в жизни». Главная терапевтическая идея здесь заключается в мобилизации суперресурсных инстанций психики пациента на восстановление энергетического баланса и формировании стыковочного сценария конструктивных изменений в будущем. Основным сюжетом, к которому привязывается сценарий технического действия, является первая сказка из цикла «Илья Муромец», повествующая о чудесном исцелении героя.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего запроса. Далее проводится групповая дискуссия с обсуждением вопроса того, откуда вообще берутся силы у человека в стрессовый или кризисный период его жизни, и что является ключевым мобилизующим фактором. Задача данного этапа заключается в том, чтобы группа и инициативный пациент продвинулись к пониманию того, что таким фактором чаще всего оказывается идея, сценарий жизни, ради которых стоит бороться и побеждать. Да и силы в этом случае чудесным образом появляются. Терапевт, стимулируя развитие дискуссии в этом направлении, просит участников привести конкретные примеры. Особое внимание здесь проявляется по отношению к инициативному пациенту, который, при поддержке группы, должен либо воспроизвести, либо выстроить «вдохновляющий» жизненный сценарий, где присутствует идея, вызывающая ощущение подъема, радости, удовлетворения. Далее терапевт обращает внимание группы на

то, что в сфере жизненной силы есть какая-то тайна, которая ранее была известна ведунам, святым людям, а в случае с Ильей Муромцем – каликам переходим. Что же такое секретное знали калики переходим, что после их встречи с Ильей, тот превратился из почти парализованного инвалида в былинного богатыря, не раз спасавшего Киевскую Русь от врагов. И как вообще происходила эта история? Далее выстраивается сценарий соответствующего сказко-драматического действия, которое психотерапевт предлагает воспроизвести на следующем этапе. Ключевым моментом здесь является проговаривание стыковочного сценария того, что в ответ на некие ритуальные действия (например, нужно набрать и выпить ключевой воды) инстанция, которая «заведует» ресурсами человека, должна «проснуться» и начать действовать в пользу главной идеи его жизни. Ведь так и произошло в истории Ильи – калики переходим не просто из сострадания вернули ему возможность двигаться, они наделили его чудесной силой именно для того, чтобы он выполнил высокую миссию по спасению родной для него земли.

На следующем этапе технического действия уточняются детали сценария, который не обязательно должен в точности копировать сказочный сюжет. Однако такие необходимые атрибуты, как: исходное состояние главного героя – инициативного пациента – отсутствие сил, энергии, точки опоры; встреча с особыми людьми, которые знают, к кому и каким образом следует обратиться, чтобы получить доступ к суперресурсам; проговаривание основной идеи – жизненного сценария как условия разворота суперресурсных инстанций «лицом» к главному персонажу – должны здесь присутствовать. Далее распределяются роли. Это могут быть родные и близкие героя, страдающие из-за его болезни, но не потерявшие надежду на исцеление; те люди, которые так или иначе зависят от него и ждут помощи. Они готовят свои реплики для «Ильи», в которых должна быть выражена квинтэссенция их чувств, и для калик, с которыми они делятся своей тревогой и болью. В качестве «калик переходим» могут быть выбраны наиболее уважаемые старшие резиденты, которым помогает терапевт. Разработка и репетиция сценария является весьма важным моментом осознания инициативным пациентом того, что с его судьбой связаны боль, переживания и чаяния близких людей; он, следовательно, не один в этом мире; жизнь стоит того, чтобы жить и самое лучшее может быть еще впереди. После того как все готовы, по сигналу терапевта сказочно-драматический сюжет воспроизводится согласно расписанному сценарию. Однако в том эпизоде, когда калики переходим обращаются к «Илье» с просьбой принести воды из колодца, терапевт разрывает шаблон действия и заявляет, что калики в этом моменте обращаются не к самому Илье, а его душе, с тем, чтобы разбудить и вдохновить на высокие дела. Далее следует прямой контакт с вен-

сознательными инстанциями «Ильи», в ходе чего в состоянии транса инициативный пациент воспроизводит эпизод с набиранием воды из колодца, медленно пьет эту «воду», которая ... растекается по всему телу ... эта живая, святая вода ... целебная сила ... омывает душу и сердце ... снимает накипь усталости, горечи ... освежает каждую клеточку тела ... исцеляет память ... позволяет ясно увидеть для чего ты живешь ... и дать силы и энергию для этой новой жизни ... В это время «калики» могут поддерживать «Илью», осуществляя телесное наводнение легкими прикосновениями. Далее «Илья» возвращается в сценарный сюжет, сообщает о своем самочувствии (обычно это состояние свежести, энергии, силы). Сказочно-драматическое действие завершается подкреплением стыковочного сценария успешной реализацией конструктивной идеи жизни клиента в проекции будущего. После чего проводится обратная связь с участниками драматического действия, процедура снятия ролей. Проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссия по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь следует считать признаки формирования устойчивого ресурсного состояния у инициативного пациента и укрепление конструктивного жизненного сценария у участников группы.

4. Техника с акцентом на мифодизайн – в данном случае основная терапевтическая идея заключается в формировании «больших» конструктивных форматов, в контексте которых всё, что происходит с клиентом, является неким испытанием. Достоинство выдержавшего испытание ждет награда – интересная, увлекательная жизнь, с чувством удовлетворения от пройденного пути. Такого рода контекст сам по себе является инструментом устойчивого ресурсного состояния, рождающим оптимизм, стойкость, энергию, необходимые для того, чтобы выдержать самый сложный период адаптации. Общий алгоритм выстраива-

ния данного технического действия подробно описан нами в предыдущих разделах. В этом случае можно использовать сюжет сказко-драмы «Иди туда, не знаю куда, принеси то, не знаю что». В этом сюжете царь-самодержец отправляет своего любимого сына из дома, на первый взгляд, с нелепым заданием. Однако подлинный смысл данной метафоры заключается в том, что таким образом ему посылается испытание, без прохождения которого он не достоин стать наследником (а в нашем случае – стать хозяином своей собственной жизни и судьбы). Далее имеет значение, как «испытываемый» учится совладать с проблемными и кризисными ситуациями (здесь разыгрывается различные варианты решения актуальных проблем клиента). Ещё один ключевой момент сказочно-драматического сюжета – клубок ниток, который ведет героя по его жизненному пути – может быть интерпретирован и проработан, как не проявленный пока ещё «внутренний» жизненный сценарий. Этот сценарий полностью покажет себя, когда придет время. А сейчас стоит сосредоточиться на ближайших событиях – испытаниях и постараться пройти их достойно. Таким образом в общую канву сюжета закладывается стыковочный сценарий актуализации главного жизненного плана по мере прохождения ближайших проблемных ситуаций. В завершение проводится процедура оценки состояния инициативного пациента и группы, дискуссии по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь следует считать появление признаков устойчивого ресурсного состояния у инициативного пациента и в группе.

Наш собственный опыт использования вышеприведенных структурированных техник СПП в работе с такими типичными проблемами зависимых лиц, как ресурсный запрос на этапе прохождения противоречивой и поддерживающей терапии, позволяет с делать вывод об эффективности данных технологических подходов.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

СТРУКТУРИРОВАННЫЕ ТЕХНИКИ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАБОТЕ С МИШЕНЬЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Л. Катков

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

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) – базисная инновационная технология, используемая в программах МСР зависимых от ПАВ и апробированная в ходе реализации комплексной на-

учно-исследовательской программы РНПЦ МСПН в период 2001-2010 гг.

В настоящем сообщении рассматриваются структурированные техники СПП, используемые в рабо-

те с эмоциональными расстройствами, наиболее типичными для резидентов программ МСР.

В работе с таким запросом как неустойчивое настроение («нет настроения») с компонентом ангедонии, депрессии, дисфории, следует принимать во внимание два обстоятельства. В случае, если соответствующие эмоциональные расстройства являются общим фоном актуализированного патологического влечения или «волны» телесного дискомфорта, вполне естественной для постабстинентных состояний, то следует акцентироваться на стержневом синдроме и использовать технологические подходы, описанные в двух предыдущих подразделах. Если же проблема эмоциональной неустойчивости предъясняется изолированно (что бывает более чем в 50% случаев), то дополнительно могут использоваться следующие техники:

1) Разминочная техника с опорой на коммуникативный компонент. Основная терапевтическая идея здесь заключается в эксплуатации коммуникативной функции эмоций (любая эмоция – это способ сообщения достаточно важной информации и самому пациенту, и его окружению). В данном случае, в самом начале работы группы – на этапе оценки состояния участников – терапевт обращает внимание на дискомфортное эмоциональное состояние отдельных пациентов, показывая таким образом, что данное состояние замечено и соответствующим образом оценено. Далее, принимая во внимание, что эмоции негативного плана – это почти всегда призыв о помощи, терапевт предлагает другим участникам группы выразить вербальную и эмоциональную поддержку тем, кто в этом нуждается. Обычно старшие резиденты находят нужные слова и действия для того, чтобы в короткое время «встряхнуть» нуждающегося в помощи пациента и настроить его на конструктивную работу в группе. При появлении признаков вхождения пациента с эмоциональными расстройствами в первичное ресурсное состояние – эмоционального оживления, повышения активности, наличия позитивной обратной связи – можно продолжать терапевтическую сессию в обычном режиме, не фиксируясь на проработанном эпизоде. Такой ход событий дает понять всем участникам группы, что эмоциональная нестабильность – это вполне обычное состояние, особенно на первых этапах вхождения в терапевтическую программу, и оно не должно мешать достижению главных целей. И как только начинается активное движение к этой цели, настроение улучшается.

2) Разминочная техника с опорой на позитивное подкрепление. Здесь основной акцент делается на актуализацию позитивного эмоционального спектра. В этом случае терапевт, отмечая особое эмоциональное состояние отдельных пациентов, далее на этом не фиксируется, а предлагает участникам группы следующую форму разминки перед началом групповой работы: каждый пациент должен по оче-

реди поприветствовать участников группы со словами: «Здравствуй, мне приятно тебя здесь видеть, потому что...» (и дальше следует перечисление тех положительных впечатлений или ожиданий от конкретного собеседника, которые применимы именно к данному лицу). Терапевт здесь может показать пример такого приветствия, обращаясь именно к тем пациентам, которые демонстрируют признаки эмоциональной нестабильности. В ходе такого общего действия, каждый из участников, и особенно эмоционально-нестабильные пациенты, получают мощные позитивные импульсы, способствующие формированию первичного ресурсного состояния. При численности группы в 10–15 человек разминка продолжается до 15 минут. О положительной динамике здесь свидетельствуют: возрастание «уровня шума», фиксируемого во время выполнения упражнения, увеличение длительности каждого последующего приветствия, положительная обратная связь по завершению упражнения.

3) Техники с опорой на когнитивный компонент – основная терапевтическая идея здесь заключается в том, что эмоции негативного плана возникают не сами по себе, а формируются как следствие так называемых «горячих мыслей» (в терминологии М. Маккея, М. Дэвиса, П. Фэннинга, 2007). В свою очередь «горячие мысли» появляются по поводу любых «шероховатостей» – неприятных нюансов режима, отношений, каких-либо событий или конфликтных эпизодов – к которым особенно чувствительны зависимые лица. Вопрос, следовательно, заключается, во-первых, в точной идентификации «горячих мыслей», а во-вторых – в возможности их эффективной нейтрализации за счет формирования и воспроизведения блокирующих копинговых мыслей.

На первом этапе технического действия идентифицируются типичные ситуации, в которых возникают неприятные эмоции. Однако здесь следует иметь в виду и такой вариант, когда прямой связи проследить не удастся. Далее составляется перечень «горячих мыслей», типичных для идентифицированных ситуаций (либо возникающих вне всякой связи с внешними обстоятельствами). На втором этапе технического действия формируют схему копинговых мыслей, основная функция которых заключается в возможности эффективного блокирования «горячих мыслей». Здесь следует иметь в виду, что данный ключевой этап должен быть реализован при максимально возможном метатеchnологическом насыщении, с тем чтобы к каждому варианту найденных копинговых мыслей был пристыкован сценарий форсированных терапевтических изменений в эмоциональной сфере. В качестве примера при поиске и формировании актуального перечня копинговых мыслей можно использовать образцы, предложенные М. Маккей, М. Дэвис, П. Фэннинг, но только лишь для того, чтобы найти свои, заведомо лучшие

варианты (названные авторы при ситуациях, связанных с тревожно-депрессивными реакциями, рекомендуют использовать следующие копинговые мысли: «Это пройдет», «Я переживал подобное и раньше, переживу и сейчас», «Эти мысли не причинят мне вреда – просто неприятно», «Ничего действительно плохого со мной не случится», «Это всего лишь эмоции, а не реальность», «Мне не нужны эти мысли – я могу себя заставить думать по-другому», «Я потрачу столько времени, сколько нужно, чтобы выбросить это из головы и расслабиться», «Я могу наблюдать за этими мыслями будто со стороны, но при этом делать то, что нужно». Примеры копинговых мыслей в ситуациях, связанных с реакциями раздражения или гнева, следующие: «Глубоко вдохни и расслабься», «Расстройством делу не поможешь», «Пока я сдерживаю себя, я контролирую ситуацию», «Я могу оставаться спокойным и расслабленным», «Мне не удастся изменить их своим гневом, так я лишь сам расстраиваюсь», «Нет плохих людей, все поступают так, как могут», «Люди делают то, что они хотят, а не то, что я думаю, они должны делать», «Возможно, они хотят меня разозлить. А я их разочарую»). На третьем этапе проводится ролевая игра с моделированием типичных стрессогенных ситуаций и блокированием «горячих мыслей» их копинговыми парами. Такого рода репетиции лучше проводить в «замедленной съемке», фиксируя все особенности эмоционального состояния инициативных пациентов и состоятельность стыковочного сценария терапевтических изменений. Позитивным результатом реализации данной техники будет существенное улучшение эмоционального состояния инициативных пациентов и всей группы, убедившихся в возможности эффективного контроля своих эмоциональных реакций. В завершение технического действия проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссия по материалам пройденной терапевтической сессии.

4) Техника с опорой на компонент эмоционального переформирования – основная терапевтическая идея здесь связана с возможностью актуализации позитивного полюса, который, при соответствующих усилиях, можно обнаружить в каждом негативно окрашенном эмоциональном состоянии; эксплуатации идеи праздника-ярмарки, связанного с общим эмоциональным подъемом; актуализации креативно-пластических ресурсов, связанных, в частности, с чувством юмора – наилучшим «убийцей» всех негативных эмоций (прообраз данного технического действия описан Д. Соколовым, 1997).

На предварительном этапе проводится идентификация тех негативно-окрашенных эмоциональных состояний, от которых хотят освободиться участники группы. При этом терапевт просит участников группы по возможности точно обозначить именно те эмоции, которые доставляют больше всего непри-

ятностей. Названия этих эмоциональных реакций просят записать на специально подготовленных листах бумаги. Далее ведущим приводятся примеры того, как любое дискомфортное состояние или ситуацию можно развернуть в свою пользу (так, можно привести пример Тома Сойера – любимого героя Марка Твена, которого в наказание за его проделки заставили красить забор – наиболее позорное занятие среди сверстников. Но вот Том Сойер, твердо решив избежать неминуемого позора, принялся красить забор с таким увлечением и удовольствием, что очень скоро подростки стали умолять его «дать покрасить и им», на что Том соглашался с большим трудом, и только лишь за «солидную плату». В результате забор был выкрашен, а все мальчишеские «сокровища» перекочевали к Тому). По аналогии с этой историей терапевт предлагает организовать праздник-ярмарку по продаже своей «неудобной» эмоции. Но сделать это нужно так, чтобы ее обязательно захотели купить. Т.е. реклама должна содержать все нешуточные преимущества данного эмоционального состояния. Для начала ведущий предлагает приставить к обозначению негативных эмоций уменьшительные суффиксы – страх – страшилка, злость – злинка, гнев – гневинка, грусть – грустинка и т.д. В подтверждение того, что «все очень серьезно», ведущий достает подготовленный пакет с мелочью и раздает в равных долях участникам группы. Группа разбивается на мелкие подгруппы. Каждая подгруппа получает задание подготовить «прилавок с продукцией» – обозначениями соответствующих эмоциональных состояний и рекламой их полезных свойств. Задача – реализовать весь «товар» и получить как можно больше прибыли. На подготовительном, максимально креативном этапе можно акцентировать атмосферу праздника – ярмарки ритмическим музыкальным фоном и соответствующим стилем отсчета времени до «открытия самой удивительной праздничной ярмарки, которой еще никогда не было, и где люди за деньги расстаются с черными очками, через которые смотрят на мир...» и т.д. На этапе активных действий терапевт оставляет за «прилавком» по 2 человека, остальные составляют категорию «покупателей». Есть только одно ограничивающее условие – не покупать «товар» у той группы, с которой они работали. По акцентированному сигналу ярмарка-праздник открывается. «Продавцы», стимулируемые терапевтом, активно предлагают свой товар. Покупатели торгуются. Уровень шума резко возрастает. Креативные находки, возникающие как у «продавцов», так и у «покупателей» в ходе азартного действия, приветствуются. Через 15-20 минут, когда большая часть «продукта» реализована, терапевт объявляет паузу, в ходе чего покупатели «хвастаются» приобретенным товаром, а продавцы – найденными рекламными ходами. Таким образом закрепляется навык поиска и нахождения неожиданных позитивных аспектов дискомфортных

эмоциональных реакций и состояний. Далее терапевт предлагает поменяться ролями «продавцам» и «покупателям», дав последнее время для обновления рекламы и пересмотра «цены». После чего объявляется второй тур ярмарки-праздника, на котором не так уж редко покупатели приобретают собственный товар за повышенную стоимость, впечатлившись его вновь открывшимися привлекательными свойствами. Терапевт может включиться в эту игру, демонстрируя интерес к удачным находкам и ненавязчиво подсказывая новые креативные ходы. Еще через 15-20 минут «ярмарка» закрывается. Продавцы и покупатели «хващаются» результатами. Затем, по предложению терапевта, каждый участник высказывается в отношении того, какие ходы по отысканию позитивных свойств дискомфортных эмоциональных состояний его особенно впечатлили, и какие чувства он переживал в ходе всего действия. Обычно это очень важные инсайты в отношении «объемного» значения эмоций, от крайних проявлений которых, во-первых, всегда можно дистанцироваться. А во-вторых – увидеть позитивный аспект и возможность развития. В завершение обратной связи ведущий проводит стандартную процедуру оценки состояния участников, предлагает сделать «добровольное пожертвование в фонд хорошего настроения», собрав мелкие деньги в пакет. Однако одну – самую большую монету из «честно заработанных средств» каждый из участников может оставить себе как «медаль за находчивость в деле хорошего настроения» и как память о том, что у каждой медали две стороны. И если кажется, что жизнь разворачивается к тебе своей темной стороной – стоит только перевернуть медаль ... и теперь они знают как это сделать. Хорошим результатом реализации технического действия является растущая уверенность группы в возможности эффективного управления своим эмоциональным состоянием.

5) Техника с опорой на эмоциональную диссоциацию (по Н.Д. Линде) – основная терапевтическая идея здесь связана с коммуникативной функцией эмоциональных реакций и возможностью прямого диалога с диссоциированным образом негативно окрашенной эмоции. В ходе чего предполагается терапевтическая трансформация образа (такой эффект сравнительно легко достигается после отыгрывания коммуникативной функции эмоции) и ассоциация в устойчивый ресурсный статус клиента.

Техническое действие начинается с уточнения локализации испытываемого чувства. С помощью наводящих вопросов инициативный пациент определяет сектор своего тела, где «живет» негативно окрашенная эмоция. После чего ему предлагают описать образ этого переживаемого чувства как можно более предметно. Вопросы, которые могут облегчить выполнение данной задачи, следующие:

«На что это может быть похоже?», «Какие ассоциации возникают, когда появляется это чувство?» и т.д. При этом внимание обращается на форму, цвет, консистенцию (чистая, твердая, теплая, мягкая) формируемой таким образом сущности. В результате конструируется определенный образ с достаточно четкой телесной локализацией, которому при желании и готовности пациента можно дать определенное имя – обычно негативного спектра. Далее ситуация разыгрывается на двух стульях: на первом располагается инициативный пациент. Второй – свободный – стоит напротив пациента в 1,5-2-х метрах. Терапевт, располагаясь сбоку, между двумя стульями, заявляет пациенту, что именно сейчас есть возможность прямого общения с этим эмоциональным образом, акцентировано «извлекает» только что сконструированную сущность из того участка тела пациента, где она «живет» и «усаживает» ее на свободный стул. При этом терапевт стимулирует диссоциативный процесс четким указанием того, что в данной ситуации пациент находится на одном стуле, а образ и, соответственно, сама эмоция – на другом. Пациенту предлагается прокомментировать, как выглядит этот образ и что делает, находясь на противоположном стуле. Обычно здесь следуют комментарии, подтверждающие негативный характер диссоциированного эмоционального образа. Далее терапевт, тоном полуподтверждения, высказывает предположение, что в душе человека никакие чувства не бывают лишними и, возможно, это всего лишь способ сообщить пациенту нечто важное о нем самом, о его отношениях с самим собой, другими значимыми людьми. Пациенту предлагается выяснить это прямо сейчас и обратиться к диссоциированному образу с каким-либо интересующим его вопросом, но только сделать это так, чтобы вопрос был четким, понятным и давал возможность простых, односложных ответов. Терапевт следит за тем, чтобы вопрос адресовался не вообще в пространство, а конкретному персонажу предполагаемого диалога – диссоциированному образу негативно окрашенной эмоции. После того как вопрос задан, терапевт, неожиданно для пациента, резко перемещает его на противоположный стул, четко указывая, что пациент теперь «там» – на свободном стуле, а «здесь» – живет образ, который только что получил вопрос, на который нужно отвечать. При необходимости терапевт может повторить вопрос, но обычно этого не требуется, поскольку клиент (часто с удивлением для самого себя) почти в автоматическом режиме дает ясный и однозначный ответ от имени диссоциированного образа. После чего пациента опять «перемещают» на первоначальную позицию и предлагают продолжить диалог. Четко поставленные вопросы и неожиданные, «автоматизированные» ответы следуют один за другим, продвигая ситуацию от конфронтации с нега-

тивно окрашенным диссоциированным образом к сотрудничеству (этому процессу могут помогать намеки и невербальные подсказки терапевта). В ходе данного диалога следует, как минимум, дважды остановиться, с тем, чтобы выяснить у пациента, как меняется диссоциированный образ – его форма, цвет, консистенция, активность и др. Обычно отмечается динамика, свидетельствующая о терапевтической трансформации образа в сторону существенно более приятных и приемлемых характеристик «дружелюбного» поведения. При наличии таких очевидных изменений пациенту предлагают обозначить трансформированный образ новым именем, которое в большей степени отвечает его новой сущности, и договориться о сотрудничестве. Терапевт в заключительной части диалога сближает стулья и помогает клиенту вновь «поселить» эту живую и помогающую эмоцию в той части тела, из которой ее «извлекли». Этот ассоциативный процесс происходит акцентировано, в замедленном темпе, с позитивным подкреплением терапевта и всей группы. На пике гиперпластики формируется стыковочный сценарий «присутствия» трансформированных эмоциональных реакций в общей конструкции устойчивого ресурсного состояния клиента в проекции будущего. После завершения технического действия проводится стандартная оценка состояния пациента. О хорошем результате здесь может свидетельствовать полная редукция неприятных переживаний, эмоциональный комфорт и уверенность в будущих позитивных изменениях, высказываемая инициативным пациентом и участниками группы.

б) Техника «ресурсного разворота», основанная на идее переориентации спектра эмоциональных реакций от вектора прошлого к вектору будущего. Данное техническое действие уместно в ситуации, когда программа позитивного жизненного сценария в основном выстроена, но в это же время пациент испытывает эмоциональный дискомфорт в связи с импульсами из прошлого («теперь понятно, что сделаны ошибки, многое безвозвратно утеряно или разрушено, а ведь могло быть иначе...» и т.д.).

В этом случае инициативному пациенту предлагают выстроить линию жизни по направлению из прошлого в будущее, а самому остаться в точке настоящего. Пациента разворачивают лицом в прошлое – туда, где сосредоточены неприятные события его жизни, предлагают ему акцентировано ярко воспроизвести эти события и поделиться своими ощущениями. Обычно негативно окрашенные эмоциональные переживания при этом усиливаются. За спиной пациента по направлению к будущему выставляют препятствия из перевернутых стульев. Затем предлагают пациенту «пятиться» в будущее, страхуя его от возможных травм и падений, и в то же время максимально затрудняя его движения, усиливая дискомфорт от такого способа перемещения.

После 2-3-х попыток такого движения пациента просят поделиться ощущениями. Обычно это чувство крайнего неудобства, раздражения, страха получить увечье и другие, негативно окрашенные эмоциональные реакции. При этом внимание пациента обращают на тот факт, что именно таким способом он и двигается по жизни – привязанный к своему прошлому, перегруженному «больной» памятью. Т.е. они не желают по-настоящему развернуться к пусть и не легкому, но в любом случае – обнадеживающему будущему. Пациенту предлагают прочувствовать, каково это – пройти по тому же полю с препятствиями, но теперь «зряче», развернувшись лицом в будущее, почувствовать разницу и поделиться своими новыми ощущениями. Это, как правило, чувство эмоционального комфорта и уверенности. Следующий этап технического действия связан с идентификацией тех «крючков», которые удерживают пациента в невыгодной для него метапозиции – иногда это иррациональные правила, привычки, но чаще – сама по себе «больная» память, которую пациент при помощи группы должен «вылечить». При этом используются тезисы о том, что будущее сильнее прошлого, а надежда на реализацию конструктивного сценария жизни – сильнее неудачного опыта. Т.е. в организуемом драматическом противостоянии будущее должно победить, если пациент поможет ему всеми своими силами. Что и происходит в ролевом противоборстве, где пациента в прежней позиции удерживают персонифицированные фрагменты «больной» памяти, а сценарии будущего разворачивают к себе лицом. Начинаясь по знаку терапевта противоборство быстро заканчивается в пользу инициативного пациента и сценариев его будущей жизни, с помощью которых он еще раз проходит предстоящую дистанцию, убирая с пути расставленную символику препятствий. В завершение технического действия на пике гиперпластики формируется стыковочный сценарий того, что прошлое пациента теперь не властно над ним. Его память исцелена с того момента, как он, приложив немалые усилия, развернулся лицом к своей новой судьбе. После чего проводится стандартная процедура оценки состояния и групповая дискуссия по материалу проведенной терапевтической сессии. О хорошем результате свидетельствует редукция негативно окрашенных эмоциональных проявлений, концентрация на полноценной реализации намеченных сценарных планов.

7) Техники «управляемой памяти» – используются в случаях кратковременных перепадов настроения в качестве средства «скорой помощи». Основная терапевтическая идея здесь заключается в формировании упрощенного и ускоренного ресурсного доступа в специально сконструированное «праздничное пространство», «радостное пространство», «смешное пространство» – коллекцию воспомина-

ний, в которые можно путешествовать и получать импульс ресурсной эмоциональной поддержки.

Техническое действие, при наличии соответствующего запроса, начинается с обсуждения тезиса того, что благополучие, а иногда и жизнь человека часто зависят от возможности вовремя вспомнить нечто очень важное и необходимое в данной ситуации. Здесь можно привести конкретные примеры. Обсуждается также и другой важный тезис – иногда, чтобы продолжать двигаться по жизни, необходимо научиться «выключать» из памяти какие-либо неприятные эпизоды. Здесь также желательнее разобрать 1-2 примера, демонстрирующих возможность активного управления памятью. Далее терапевт обращает внимание группы на то, что память человека и активное воображение, при отсутствии соответствующей инициативы, зависят от настроения человека, образуя некий замкнутый круг: когда мне плохо – я вспоминаю и представляю себе неприятные события и от этого мне еще хуже и т.д. Однако есть и другой способ активного управления памятью, когда этот антиресурсный эмоциональный круг размыкается. Для этого нужно научиться «выключать» неприятные образы и воспоминания и «включать» те фрагменты памяти, которые связаны с ощущениями эмоционального комфорта, покоя, праздника, радости и др. Группе инициативных пациентов предлагают провести инвентаризацию таких «заповедных зон» памяти и поделиться тем, что у них получилось. Важно, чтобы такого рода презентации сопровождалась позитивным подкреплением терапевта и эмоциональной поддержкой группы. В этом случае каждая последующая презентация будет все более яркой и убедительной. В итоге выясняется, что у каждого участника есть «коллекция» ресурсных воспоминаний, которые теперь нужно поставить на «особую полку» с тем, чтобы воспроизвести в самый нужный момент – плохого настроения, эмоционального спада или другого дискомфортного состояния. Терапевт обращает внимание группы на то, что путешествовать в это ресурсное пространство можно по-разному – обращая внимание на различные детали ситуации, персонажи, эмоциональные акценты и др. После того, как «коллекция» ресурсных воспоминаний активизирована и выстроена в пределах ближайшего доступа, терапевт может заметить, что «настоящий коллекционер» никогда не успокаивается на достигнутом и будет стремиться организовать свою жизнь так, чтобы этих, дающих радость и силу, воспоминаний было как можно больше. На втором этапе инициативную группу пациентов обучают микротехнике блокирования неприятных ассоциаций, возникающих в период эмоциональных перепадов. В данном случае внутренний

сигнал «Стоп!» должен сопровождаться моментом отвлечения и тормозящим нейрофизиологическим импульсом, что достигается за счет энергичного 2–3-минутного массажа точки Хэ-гу. Обратная связь с инициативными участниками, проводимая после реализации данной микротехники, обычно показывает, что процесс наплыва мыслей и образов негативного содержания таким образом эффективно блокируется. Пациенты чувствуют себя более комфортно и готовы к следующим действиям. Далее инициативным пациентам предлагается определиться со временем, «местом» путешествия (последнее должно соответствовать нюансам испытываемого эмоционального дискомфорта), способом актуализации ресурсных воспоминаний. Обычно для этого достаточно паузы в 3–5 минут, когда пациент, находясь в удобной для него позиции, концентрируется на какой-либо существенной детали соответствующего ресурсного пространства, позволяя себе «вплыть» в это воспоминание и впитать эмоциональную атмосферу, разлитую в каждой точке этого ментального пространства. Во время «путешествия» можно обратить внимание на какие-то новые, неожиданные детали воспоминаний и порадоваться тому, что востребованная ресурсная память живет своей удивительной жизнью. По истечении отведенного времени следует плавно вернуться в реальность и обнаружить, что оказался на «светлой стороне» жизни, связанной с ощущением бодрости, энергии, оптимизма. При поддержке терапевта инициативные пациенты и группа репетируют варианты входа и путешествия в пространстве ресурсной памяти, которое завершается обсуждением достигнутых результатов. Терапевт еще раз обращает внимание группы на правильную последовательность управления ресурсной памятью: 1. инвентаризация и достраивание ресурсных воспоминаний; 2. использование микротехники «Стоп!» в состоянии испытываемого эмоционального дискомфорта; 3. воспроизведение алгоритма путешествия в пространство ресурсной памяти; 4. возвращение на «светлую сторону» жизни с растущей уверенностью в том, что с каждым разом это будет получаться все лучше. В завершение проводится стандартная процедура оценки состояния участников. Хорошим результатом реализации технического действия является существенное улучшение эмоционального состояния участников терапевтического процесса.

Наш опыт использования вышеприведенных структурированных техник СПП в работе с мишенью патологического психологического статуса (типичные эмоциональные расстройства у зависимых от ПАВ резидентов программ МСР) позволяет сделать вывод об эффективности данных технологических подходов.

СТРУКТУРИРОВАННЫЕ ТЕХНИКИ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАБОТЕ С МИШЕНЬЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Л. Катков

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

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) зависимых от ПАВ – инновационная технология, разработанная и апробированная нами в период 2001-2010 гг. в рамках реализации комплексной исследовательской программы РНПЦ МСПН.

В настоящем сообщении подробно описываются структурированные техники СПП, используемые на этапах амбулаторной и стационарной реабилитации зависимых от ПАВ в работе с такой мишенью, как патологический соматический статус, исключая признаки острой или хронической интоксикации, острогического абстинентного состояния.

В работе с таким типичным запросом как общее «плохое» самочувствие (с вовлечением соматовегетативного компонента абстинентного или постабстинентного синдрома) используются:

1) Техника экспрессивного мифодизайна, с акцентом на переформирование когнитивного (в данном состоянии часто актуализируются «проигрышные» сценарии борьбы с зависимостью) и мотивационного (актуализируются мотивы к выходу из терапевтической программы) компонентов заявленной проблемы.

При этом терапевтом, действующим в достаточно жесткой, экспрессивной манере, инициативному пациенту и группе должен быть разъяснен, а затем и продемонстрирован смысл и содержание таких понятий как «испытание», «совладание», «преодоление», «достоинство», «награда». Ситуация принятия решения пациентом о вхождении в терапевтическую программу и прохождения всех ее этапов рассматривается как испытание, которое он должен пройти, с тем чтобы получить достойную награду – возможность прожить собственную жизнь (здесь уместно напоминание о том, что человек, употребляющий наркотики, крайне редко доживает до 40 лет), испытать подлинную радость этой новой жизни – любовь, уважение людей, близость собственной семьи и другое (при этом можно провести блиц-опрос участников группы в отношении их ожиданий от новой, здоровой жизни; такого рода опрос делает образ грядущей награды более живым и осязаемым). Далее проговариваются, а затем и проигрываются в ролевых действиях и психодраматических фрагментах варианты прохождения испытаний – в том числе и в виде тягостных, неприятных телесных ощущений – почти неизбежных спутников первого этапа вхождения в те-

рапевтическую программу. При этом внимание пациента и группы концентрируется на таких характеристиках данных состояний, как «тяжесть», «давление», «ломота» и т.д. В последующей ролевой игре данное состояние воспроизводится буквально – на инициативного пациента «наваливаются» участники группы, символизирующие обозначенные ощущения. Пациенту предлагают, как минимум, три раза пройти дистанцию от рубежа настоящего, где он испытывал максимум неприятных ощущений, до рубежа будущего, где он чувствует себя достаточно комфортно. Первый вариант – медленного движения по дистанции с периодическими остановками и возвратами («шаг вперед – два шага назад») – символизирует все то, что мешает движению по дистанции: деструктивные сценарии, мотивы к выходу из программы и др. Эти функциональные роли также могут исполнять участники группы, тянущие или толкающие клиента назад, к рубежу максимального дискомфорта. Комментарии, которые инициативный пациент дает во время первого «путешествия», свидетельствуют о «низкой степени достоинства» данного варианта прохождения дистанции и, соответственно, не очень высокой награде в финале этого пути. Второй вариант – быстрого прохождения дистанции при тех же «нагрузках» – воспринимается гораздо лучше, в смысле субъективных ощущений и оценки состояния в финале пути. При этом инициативный пациент должен научиться «проскальзывать» между теми же препятствиями, которые в данном случае просто не успевают его догнать. Третий вариант прохождения дистанции связан с тем, что инициативный клиент находит себе «друзей», способных, во-первых, нейтрализовать препятствия – деструктивные сценарии и мотивы, а во-вторых – облегчить ему ношу и ускорить процесс прохождения дистанции. Эти находки – очень важные конструктивные копинги совладания с рассматриваемой проблемной ситуацией – должны быть акцентированы и позитивно оценены терапевтом и группой, и таким образом закреплены в опыте пациента и других участников. Обычно это отвлекающие мысли, эмоции, действия, воспоминания, конкурирующие формы активности или спонтанные перемещения в будущее, где уже «все хорошо», и другие ресурсные находки, которые теперь должны стать эффективными помощниками пациента в преодо-

лении любых дискомфортных состояний. Комментируя свое состояние в период прохождения третьего варианта дистанции, пациент обычно обращает внимание на прилив сил, энергии, уверенности в себе по мере прохождения, и особенно в конце дистанции. Что и является подлинной наградой тому, что «достойно» прошел испытание – т.е. «стоял не сгибаясь», активно двигался, а не полз, искал истинных друзей-помощников, а не жаловался и оглядывался назад. Эти и другие важные комментарии термина «достойная награда» могут быть получены в ходе групповой дискуссии по результатам вариантов совладания с проблемой «плохого самочувствия». Заключительные слова ведущего групповое занятие терапевта, сказанные на пике гиперпластики и формирующие конструктивные сценарии будущего, должны подчеркивать значение стойкости, мужества – всего того, что можно объединить термином «достоинство», – проявляемого именно в критических условиях, а не тогда, когда «все хорошо». Это и есть настоящее испытание. И награда в этом случае тоже будет настоящей. Хорошим результатом проведения данной техники следует считать существенную редукцию рассматриваемой проблемы в группе, рост активности участников терапевтического процесса.

2) Техники с опорой на когнитивный компонент – основная терапевтическая задача здесь заключается в том, чтобы пациенты, получив адекватную картину и метафорический образ того, что происходит в органах и системах целостного организма, сумели сформировать и реализовать адекватную программу совладания. Технические действия проводятся в 3 этапа. На первом этапе терапевт доводит до инициативного пациента и группы понятную картину того, что происходит в нервных клетках, органах и системах, когда человек испытывает телесный дискомфорт после прохождения курса детоксикации (т.е. это уже не острое абстинентное состояние, механизм которого особых объяснений не требует). Максимально понятно и доходчиво участникам поясняют, что даже и без этого стресса организм почти всегда находится в таком состоянии, когда «там есть чему болеть» – ссадины, ушибы, травмы, царапины, растяжения, перегрузки и др. Помимо этого, органы и системы, находясь в рабочем состоянии, посылают различные импульсы и сигналы в центральную нервную систему, т.е. в любом случае имеется некий уровень «шума» ощущений от «работающего» организма (тут можно привести несколько примеров: при нагрузке «кровь стучит в висках, сердце заходится», при переедании «в животе урчит» и т.д.). Однако при нормальной работе нейро-эндокринной системы все эти неприятные ощущения блокируются специальными нейромедиами, которые в том числе оказывают и обезболивающее действие. Например, рана или ушиб беспокоят в течение 2-3-х часов, а

затем боль стихает – интересно почему, ведь внешне ничего не изменилось – только потому, что концентрация соответствующих нейромедиами в тканях организма к этому времени существенно повышается. Наркотик и алкоголь тем и страшны, что подавляют этот естественный механизм саморегуляции, подвигая человека к тому, чтобы «обезболить» себя возрастающими дозами привычного ПАВ. После такого многолетнего прессинга нейромедиами система восстанавливает свою активность постепенно. Отсюда – частые дискомфортные состояния «телесного шума», теперь вполне понятного – ведь в организме человека, в течение многих лет принимавшего нейротоксический яд, каким на самом деле является наркотик или алкоголь, всегда «есть чему болеть». Поэтому все, что нужно в данной ситуации – это осознать, что можно предпринять для ускорения процесса естественной саморегуляции, и затем именно это и сделать. Все вышесказанное при соответствующей активности группы может быть проговорено всеми участниками терапевтического процесса в режиме мозгового штурма или в форме блиц-вопросов-ответов. На втором этапе формируется метафорический образ дефицитарного и дискомфортного проблемного состояния – например, поврежденной руки инициативного пациента, долгое время находившейся в гипсе и в обездвиженном состоянии. Но вот, наконец, гипс снимают – что чувствует человек, как выглядит поврежденная рука, как она двигается и пр. – на эти вопросы должны ответить участники группы. На данном этапе важно понять, что процесс возврата здоровья, как правило, связан с дискомфортом – утраченная функция возвращается не сразу. Однако выздоравливающий человек, пусть даже и ограниченный в движении, может испытывать радость только оттого, что все самое страшное позади. Так, если перебрасывать мост к зависимым лицам, то они могут испытывать удовлетворение только потому, что уже не участвуют в процессе саморазрушения, активного уничтожения данного природой механизма самоисцеления. Вместе с тем процесс реабилитации – это и есть всемерное ускорение возврата нормальной функции. Что делает человек, чтобы поврежденная рука быстро вернула свою силу и ловкость, что может сделать, в прошлом зависимый, человек, чтобы вернуть волшебный дар самоисцеления – все эти вопросы обсуждаются участниками терапевтического процесса. При этом, как правило, находятся несколько вариантов, которые являются приемлемыми для инициативного пациента (это может быть дозированная физическая нагрузка с возвращением чувства телесной радости; техники массажа, самомассажа; психотехники «опредмечивания» боли или любого другого дискомфортного ощущения и поэтапного выведения этого опредмеченного чувства – иглы, шила, веретена, веревок, узлов и др. –

из границ тела; психотехники трансформирования дискомфортных ощущений в другие; практика элементарного отвлечения; практика тренировки того, что раньше приносило радость и многое другое). Важным моментом является проговаривание всех предлагаемых вариантов, поскольку таким образом формируются совладающие копинги не только для инициативного пациента, а для всех участников группового процесса. Другим важным моментом является проработка тезиса и соответствующего метафорического образа того, что теперь сам пациент и должен стать основным лекарем-целителем всех пораженных органов и систем – т.е. проявляющим осознанную заботу о своем теле. Такая терапевтическая диссоциация – мое тело, нуждающееся в заботе, и я, проявляющий осознанную заботу о своем теле – существенно более ресурсная метапозиция субъекта, предполагающая «включение» механизмов альтруизма и синергетической стратегии адаптации. Т.е. клиент, проявляющий заботу о своем теле, во-первых, эффективно дистанцируется от неприятных ощущений. А во-вторых, с высокой вероятностью будет находиться в ресурсном состоянии, сопровождающимся ощущениями прилива сил, энергии, оптимизма. Этот образ также может быть закреплен в соответствующей метафоре или техническом действии с разыгрыванием ролей врача и больного, в ходе чего инициативный пациент по очереди входит в роль больного, а затем врача, знающего, что именно нужно делать, чтобы улучшить состояние пациента. При этом обычно фиксируется впечатляющая разница самочувствия инициативного пациента в этих двух ролевых образах. В ходе реализации третьего этапа предлагается репетиция обратной последовательности действий: клиент входит в только что отрепетированную и прочувствованную роль лекаря-целителя своего организма; далее проводятся те упражнения, действия или психотехники «опредмечивания» и выведения дискомфорта за пределы телесных границ, которые были проговорены на предыдущем этапе. В этом процессе может принимать участие не только инициативный пациент, но и вся группа. В завершение данного этапа проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и групповая дискуссия по результатам проведенной сессии. Хорошим эффектом реализации техники является существенная редукция интенсивности, степени представленности рассматриваемого проблемного состояния в группе; рост активности участников группы.

3) Техники с опорой на поведенческий компонент – показаны в случае часто встречающегося сочетания телесного и эмоционального дискомфорта с компонентом ангедонии, дисфории. Главная терапевтическая идея здесь основана на «переворачивании» последовательности форм психической активности чувствую – думаю – делаю на об-

ратную. Инициативному клиенту с признаками соматического и эмоционального дискомфорта предлагают вначале воспроизвести «обычную» последовательность развития тягостного для него состояния – что он почувствовал (обычно это спад активности, ухудшение настроения, появление неприятных ощущений в различных частях тела); какие мысли в это время приходят (обычно это предвестники пораженческих сценариев: ничего не хочу; все бесполезно; нет никакого толку в этих занятиях и т.д.); что он делает или хочет делать в это время (обычно это желание того, чтобы «никто не трогал, не приставал», «пусть все оставят меня в покое», «забыться в угол, чтобы не видеть никого или заснуть на целый день» и пр.) При этом внимание инициативного пациента и группы обращается на тот факт, что проговаривая все эти реально испытываемые ощущения, мысли, желания, он, в какой-то мере, освобождается от тягостного состояния. Поэтому первое правило – не держать телесный и эмоциональный дискомфорт в себе, а выносить на группу и работать с этой проблемой, как со всякой другой. В этом случае пациент сам будет управлять своим состоянием, а не наоборот. Чему, собственно, и нужно научиться в ходе прохождения терапевтической программы. Далее инициативного пациента просят воспроизвести аналогичную последовательность действий, но в таком состоянии, когда он, наоборот, чувствует великолепно – ощущения, мысли, желания и действия. Терапевт задает уточняющие вопросы, позитивно подкрепляет активность клиента, скрыто помогая ему вжиться в этот позитивный образ и отслеживая невербальные реакции, свидетельствующие о формировании первичного ресурсного состояния. Особенный акцент делается на действиях (обычно это активные действия человека, наполненного энергией и желающего поделиться своей радостью с другими – своего рода танец или что-то очень похожее). На данном этапе к обсуждению можно привлекать участников группы, обращая внимание на рост активности и «уровня шума» в аудитории – признаков того, что и группа, переживая ситуацию «праздника», входит в первичное ресурсное состояние. Далее, «разогретому» таким образом пациенту предлагают совершить двойной обмен – т.е. в те моменты, когда он испытывает эмоциональный спад и неприятные ощущения в теле – начинать делать именно то, что он делает, когда чувствует себя во всех отношениях прекрасно. В данном фрагменте, при возникновении какой-либо заминки, пациенту можно оказать помощь – начинать производить нужное действие вместе с ним (при этом терапевт дополнительно «разогревает» клиента своим примером и энергетикой), затем к участию в этом процессе приглашается вся группа, за счет чего обеспечивается синергия эффекта «оживления». В завершающем фрагменте терапевт предлагает всем участникам

группы делать именно то, что они делают – каждый свое – в те моменты, когда они испытывают радость. После такого 10-15-минутного действия инициативного пациента просят дать обратную связь в отношении того, как в это время: а) изменились его мысли; б) изменились чувства и ощущения. Обычно сообщается о том, что и мысли и чувства стали гораздо ближе к полюсу комфортного, бодрого состояния и что теперь с этим все в порядке.

Резюмируя последнее техническое действие, терапевт обращает внимание инициативного пациента на то, что вот эта только что отретпетированная последовательность – я вспоминаю, что делаю когда мне хорошо, припоминаю особенности этого состояния – я начинаю делать именно это, вхожу в ритм – у меня начинают появляться совсем другие, более оптимистические мысли – мое самочувствие заметно улучшается – я понимаю, что теперь сам могу управлять своим состоянием – и есть самое эффективное и проверенное средство от любых тягостных ощущений и связанных с ними перепадов настроения. Далее проводится стандартная процедура оценки состояния участников и групповая дискуссия по материалам проведенной терапевтической сессии.

4) Техники с акцентом на арт-терапевтический катарсис – основная терапевтическая идея здесь заключается в возможности существенного снижения интенсивности неприятных ощущений и переживаний, переформирования данного состояния за счет: а) акцентированной диссоциации клиента с полюсом неприятных, эмоционально-окрашенных переживаний; б) творческой презентации данных переживаний в виде символов, образов, композиций, с комментариями того влияния, которое данное состояние оказывает на его жизнь, и того, что ему самому нужно в этой ситуации; в) творческой трансформации ситуации в сторону желательного развития событий (в ходе чего может закладываться программа терапевтических изменений); г) проговаривания тех изменений, которые произошли с пациентом в ходе процесса арт-терапевтического катарсиса. При этом в ходе обсуждения акцент делается на позитивные тенденции в развитии творческого сюжета. Техническое действие в обязательном порядке предваряется доходчивыми разъяснениями терапевта в отношении того, как важно иметь возможность, во-первых, выразить свои чувства, ощущения, во-вторых – увидеть все это со стороны и по-новому оценить то, что происходит в этой сфере, и далее – прочувствовать это с людьми, которые тебя правильно поймут и поделятся своими переживаниями. Полезно также продемонстрировать 2–3 примера творчества зависимых лиц, которые будут свидетельствовать, в первую очередь, о том, что никакого особого мастерства или изыска здесь совершенно не требуется. Напротив, это могут быть,

возможно, первые рисунки в жизни – формы, цвет, сюжеты – за счет чего можно попытаться выразить свои переживания и почувствовать облегчение. Далее, в начальной стадии технического действия важна ненавязчивая помощь и пример старших резидентов, которые уже принимали участие в арт-терапевтическом процессе и более свободно воспроизводят свои переживания в рисунке, лепке и других избранных формах. Следует давать возможность пациенту переработать свой первый вариант наброска или развить сюжет, с комментариями того, почему ему захотелось сделать это. Обычно в ходе выполнения творческого задания складывается особая доверительная обстановка, которая затем переносится и на этап обсуждения. Здесь основной акцент (с подачи терапевта и старших резидентов) делается не на степень мастерства, а на искренность в выражении чувств, экспрессию, развитие сюжета. Слово «искренность» может быть обыграно как «искоренность» – т.е. процесс творчества может рассматриваться как процесс создания чего-то живого, растущего (корня), который обязательно принесет плоды. И затем можно обсуждать «первые плоды», которые образовались в результате творческого процесса – чувство освобождения, по крайней мере, от части неприятных переживаний; намеки на грядущие изменения к лучшему и другое. В завершение технического действия производится оценка состояния участников и групповая дискуссия по материалам пройденной сессии. Хорошим результатом данной техники следует считать снижение степени интенсивности проблем, связанных с неприятными телесными ощущениями.

5) Техники с опорой на телесное наводнение – основная терапевтическая идея данного технологического подхода связана с интенсивным воздействием необычных для пациента телесных ощущений, генерирующих состояние кинестетического транса, и «привязывания» к данному состоянию стыковочного сценария освобождения от тягостных телесных ощущений в настоящем и будущем. В этом случае участники группы образуют вокруг инициативного пациента плотное кольцо. Пациента просят еще раз описать испытываемые ощущения с их локализацией в разных участках тела. Членов группы просят представить эти ощущения в виде конкретных образов, которые они, за счет мягких прикосновений, приложений рук к «больным» местам, будут «извлекать» из страдающего тела. Инициативному пациенту предлагается максимально расслабиться, довериться группе и комментировать свое состояние. По сигналу терапевта начинается сеанс телесного наводнения. Инициативный пациент, испытывая прикосновения множества «добрых и целебных» рук, погружается в состояние кинестетического транса, в котором интенсивность неприятных ощущений резко снижается или они исчезают вовсе. При ненавязчивой подсказке терапевта у него

могут возникать образы того, как «тело из твердокаменного превращается в мягкое и живое», «тело распускается, как бутон» и др. Интересно то, что и «целители» – участники группы обычно испытывают в это время своеобразные ощущения, по крайней мере, в области рук и кончиков пальцев. Инициативный пациент, за счет грамотно поставленных, ненавязчивых вопросов терапевта, «отправляет» все ранее имевшиеся тягостные ощущения в прошлое, где они растворяются и рассеиваются. В настоящем его тело пронизано энергией жизни и аккумулирует эту энергию для того, чтобы теперь каждый день прибавлять в здоровье и силе. Терапевт коротко проговаривает также и то, что все участники этого процесса получают пользу – как «исцеляемый», так и «целители. В ходе данного технического действия должен быть и момент паузы – квинтэссенции переживаний всех участников процесса (этот момент надо почувствовать), когда никакие комментарии не требуются. Далее по сигналу терапевта группа постепенно ослабляет и прекращает телесный контакт. Терапевт объявляет о завершении сессии и после некоторой паузы просит пациента прокомментировать свое состояние, а затем – высказаться всем участникам. В ходе обсуждения может возникнуть идея «самоисцеления» с использованием такого же способа – «целительных прикосновений» – как эффективной формы проявления заботы о своем теле. Терапевт при этом может дополнительно посоветовать сконцентрироваться на тех образах, которые проговаривал инициативный пациент, или тех, которые возникали у участников группы в ходе терапевтического процесса – например, образе тела, «наливающегося здоровьем». Хорошим результатом здесь может считаться существенная или полная редукция первоначально заявленной проблемы, рост уверенности пациентов в том, что, помогая себе и друг другу, они могут добиться очень многого.

б) Техника «живой скульптуры» – разновидность диссоциативного, ресурсно-ориентированного и арт-терапевтического подходов. Основная терапевтическая идея здесь заключается в том, чтобы инициативный пациент и группа воочию убедились и прочувствовали, что тяжесть телесных, как и любых других страданий, во многом зависит от контекстов – в основном безнадежных (скульптура 1) и обнадеживающих (скульптура 2). Соответственно, в первом варианте тягостные, неприятные ощущения «достаю» до ядра личности пациента, лишая его сил, энергии, оптимизма. Во втором варианте – это лишь стимул к развитию и движению к полному освобождению от зависимости. Техническое действие начинается с обсуждения того, как «внутреннее», т.е. психологически устроен человек. Ведущий предлагает к рассмотрению упрощенный вариант психогенетической модели личности (по Ю.В. Валентуку). Знакомство с данным вариантом

личностного «устройства» проходит в игровой форме – с разбором того, как человек может отреагировать на ситуацию, например, ушиба какой-либо части тела (здесь проводятся аналогии с заявляемой проблемой телесного дискомфорта). Участники группы последовательно разыгрывают реакцию на ушиб – телесный дискомфорт – Я-ребенка, плачущего, жалующегося, ищущего сочувствия; Я-родителя, спешащего, с одной стороны, быстро загладить травму, а с другой – найти виноватого и наказать; Я-наркомана или алкоголика, видящего в этом удобный повод и оправдание к тому, чтобы все вернуть на свои круги; Я-взрослого, сильного и ответственного, принимающего энергичные и адекватные меры к тому, чтобы боль и другие неприятные ощущения ушли и никогда не вернулись. При этом Я-взрослый не ищет виноватых вокруг себя, а анализирует свое собственное поведение и цепь поступков, которые привели к проблемному состоянию. Находятся и другие кардинальные отличия в этих отработываемых Я-статусах. Очень важно при этом, чтобы наиболее точно была идентифицирована роль Я-алкоголик или наркоман, со всеми уловками, самообманом, «безнадежными» сценариями и пр. средствами, используемыми для возврата пациента к активному потреблению алкоголя или наркотиков. На следующем этапе реализации технического действия инициативному пациенту предлагают выстроить живую скульптуру под общим названием «Я-слабый, болеющий, проблемный» (или любое другое название, придуманное самим клиентом), демонстрирующую наиболее проигрышный контекст репрезентации заявляемого проблемного состояния. При этом инициативный пациент сам находит исполнителей соответствующих ролей, инструктирует их, «складывает» в определенную комбинацию. Помощь в определенных пределах допустима, но конечное решение всегда остается за инициативным пациентом. В первом варианте скульптуры обычно доминирует плачущий и ищущий сочувствия Я-ребенок и Я-наркоман (алкоголик). Я-родитель жалеет ребенка и игнорирует статус Я-наркомана (алкоголика). Я-взрослый находится в «коконе» или любой другой пассивной позиции. В эту скульптуру должно быть введено и тело (Я-телесное), функция которого – давать обратную связь по интенсивности неприятных ощущений, особенностям эмоционального состояния и мысле-образов, которые «возникают» в Я-телесном. Я-телесное объединяет и охватывает все имеющиеся Я-статусы, образуя внешний периметр живой скульптуры (это может быть круг из 3-х, 4-х участников группы, сцепленных за руки). После того, как первый вариант скульптуры выстроен, каждый из Я-статусов демонстрирует свою функциональную активность и дает обратную связь от того, как «чувствует» себя на своем месте. Последним высказывается Я-телесное. Обычно последнее

высказывание – это повторение первоначально заявляемой проблемы в усиленном, акцентированном варианте. После короткого обсуждения полученных комментариев реализуется следующий этап технического действия. На данном этапе конструируется второй вариант живой скульптуры, который призван продемонстрировать максимально благоприятный контекст оформления рассматриваемого проблемного состояния. При максимальной самостоятельной активности инициативного пациента формируется новая метапозиция и функциональные роли задействованных Я-статусов, где статус Я-взрослого доминирует, а статус Я-наркомана (алкоголика) находится в подчиненном положении. Статус Я-родитель может оказывать посильную помощь и поддержку статусу Я-взрослого. Общая задача – вывести Я-наркомана (алкоголика) за внешний круг и создать такую степень защиты, которая заведомо превосходит все возможности атакующего патологического личностного статуса. Последний фрагмент технического действия весьма важен с точки зрения усиления ресурсного личностного статуса – основного стержня всей терапевтической стратегии. Далее проводится обратная связь от всех участников, олицетворяющих личностные статусы в новом варианте «живой скульптуры». Последним здесь также выступает Я-телесное. При этом обычно фиксируется существенно менее интенсивный уровень проблемного состояния или его полная редукция. Техническое действие завершается оценкой состояния участников, процедурой «снятия» ролей, групповой дискуссией по результатам проведенной сессии.

7) Техника с акцентом на экспрессивное психодраматическое действие, включающее индуцированный транс (полное название данной сложной техники «мертвая вода – живая вода»), используется в том случае, если у инициативного пациента в перечне заявляемых проблем, помимо общего «плохого состояния», фигурирует актуальное патологическое влечение, эмоциональный спад, неустойчивая мотивация – т.е. все те признаки, которые повышают вероятность отказа от дальнейшего участия в терапевтической программе. Основная терапевтическая идея здесь заключается в предельном обострении ситуации выбора, эмоциональной встряске, затрагивающей глубинные инстинкты самосохранения, и приведении пациента в ресурсное состояние с устойчивой мотивацией к выздоровлению. Техническое действие начинается с обсуждения целей терапевтического процесса, а также тех препятствий, которые мешают ее достижению. Высказывается инициативный пациент и группа. Терапевт при этом занимает нейтральную позицию и не дает никаких комментариев.

Необходимое обострение и драматизация ситуации достигается резким, разрывающим шаблон высказыванием терапевта относительно того, что

на самом деле речь идет о выборе между смертью (невербальное обозначение «поля прошлого») и жизнью (невербальное обозначение «поля будущего»). После паузы, необходимой для разворота проблемы в новую плоскость, возможен вариант группового обсуждения того, что у каждого пациента есть соответствующие примеры в ближайшем окружении. В ходе групповой дискуссии терапевт работает над созданием устойчивых ассоциаций между представлениями о «состоянии смерти», проявлениями тягостных соматических ощущений, влечении к наркотическому веществу или другому ПАВ, проявлениями активности патологического личностного статуса, привязывая данные ассоциации к «полю прошлого» (затемненный угол помещения с дверью, символизирующей выход из программы или глухая стена: желательно, чтобы в последующей индивидуальной работе с пациентом данный полюс оказался слева и сзади от него), используя для этого максимум невербальных приемов. С учетом стратегических задач данной методики, желательна проработка таких ассоциативных связей как: «состояние смерти» – холод, одиночество, камень, кусок льда, околечение, жесткий каркас. Напротив, состояние жизни ассоциируется с чувством свободы, характеристиками нормативного личностного статуса, «полем будущего» (освещенная часть помещения с окнами, символизирующими выход в будущее, и местом расположения старших резидентов: желательно, чтобы в ходе проведения акцентированных технических действий данный полюс располагался справа и впереди пациента). С учетом стратегических задач прорабатываются ассоциативные связи: жизнь – тепло, сопричастность, изменения, пластика, развитие. Предварительный этап технического действия завершается в точке максимального эмоционального напряжения, когда терапевт с соответствующей экспрессией предлагает группе «оставить смерти то, что принадлежит смерти – зависимость, тягу, унижения, боль, тяжелое чувство неприкаянности – все то, с чем ассоциировалось «состояние смерти». Ведь в «пространстве психотерапии» все возможно, в том числе и переживание «собственной смерти». Интригу дополнительно подкрепляет заявление терапевта в отношении того, что людей, павших на поле битвы и даже разрубленных на части (а в данном случае такая ассоциация уместна, поскольку инициативного пациента «рвут на части» противоречивые мотивы и желания), окропляли вначале «мертвой» водой, добиваясь восстановления телесной целостности, и только затем – «живой» водой, возвращая им жизнь. И что сейчас именно это и произойдет. Но прежде чем «умереть», инициативный пациент должен проститься с родными и близкими. Терапевт предлагает выбрать эти символические фигуры среди участников группы. Драматизм момента к этому времени должен быть таков,

что пациент без всяких колебаний выбирает особо значимых лиц, коротко сообщая им, кого они представляют, а последние с успехом справляются с делегированной им ролью. Процедура прощания должна проходить на пике эмоционального напряжения, с полным ощущением подлинности переживаемого события. В этот момент исчезает все наносное и мелочное, обнажаются подлинные чувства с особой остротой их «последнего» проявления. Выслушивая спонтанные слова своих родных и близких (которые рождаются у участников группы почти самопроизвольно) пациент с особой силой ощущает те глубокие связи, которые имеются между родными людьми и ради которых стоит жить. Однако судьба (в лице принятых правил) неумолима. Далее реализуется микротехника «состояние смерти». Пациенту предлагается, шаг за шагом, удалиться от того места, где он только что испытал мощное чувство сопричастности, в темноту... холод... одиночество... ледящую скованность... когда исчезает ощущение тела... и жизнь замирает... Пациента, находящегося в состоянии индуцированного транса, укладывают на стулья так, чтобы затылок, шея и верхний грудной позвонок находились на одной крайней подставке, ступни – на другой. Телу придается положение со скрещенными на груди руками, в ходе чего терапевт убеждается в развитии явлений каталепсии. Далее, проводится процедура «прощания» с пациентом тех значимых лиц, которых он хотел видеть в последние минуты. Участников группы, отобранных для этого действия, не обязательно специально инструктировать. Обычно, они находят нужную форму прощания, и слова, выражающих горечь утраты, крах надежд, но и подлинную любовь к тому, с кем прощаются. После некоторой драматической паузы, терапевт развивает тему «состояния смерти» ... Когда смерть забирает все... то, что ей принадлежит... то, что к ней ведет... влечет... тянет... забирает тягу к наркотикам... весь яд, накопившийся в теле... и душе... Далее развивается тема «стояния со смертью»: когда... остается лишь бессметная душа... свободная от горечи... согретая памятью того, хорошего... что есть в жизни... согретая памятью последних минут... искренней любви и близости... То, что принадлежит смерти... взято смертью... и растворилось в ледящем холоде... и ушло... То, что осталось... тепло и любовь... принадлежит жизни... Смерти – умершее... Жизни – родившееся... Последней, в данном техническом действии, развивается тема «противостояние смерти»: когда... тело... это мост между жизнью и смертью (в этот момент убирают-

ся стулья из под тела пациента, за исключением крайних опор, и присутствующие являются свидетелями феномена «каталептического моста» – удерживания горизонтального положения тела пациента на двух опорах). Переживания пациента в данный момент наиболее драматичны. Это ощущения «падения или полета в бездне», мобилизации всех сил для обретения опоры и возврата к жизни. Соответствующие комментарии терапевта в данный момент усиливают эмоциональный накал событий и обеспечивают конечный «перевес» жизни. Следующее техническое действие – «живая вода», реализуемая следующим образом. Терапевт, на фоне драматического противостояния полюса «смерти» и полюса жизни, обращается к душе пациента ... освобожденной от горечи и яда... к его оживающему сердцу... к нему самому, стоящему на середине моста... с просьбой указать направление, куда теперь нужно двигаться. При этом правая рука пациента, освобожденная прикосновением терапевта от «окаменения», обычно указывает на полюс будущего, т.е. жизни. Пациента осторожно поднимают, и после драматической паузы приветствуют в этой «новой» жизни. Данное техническое действие завершается процедурой вручения подарков, в ходе которой новоиспеченные «родители – друзья» – участники группы – дарят «имениннику» самое ценное, что они имеют в настоящий момент – полноту жизни, полноту чувств, сопутствующих ощущению возрождения, переживания близости, и общего, драматического опыта жизни. В конце концов (такая метафора вполне уместна от лица терапевта, если только пациент и группа не приходят к аналогичным выводам в ходе обратной связи), и сама жизнь, после такого очевидного «намёка», может восприниматься как потрясающий дар, который нужно только взять в руки и принять с чистым сердцем. Данное техническое действие и методика в целом заканчиваются процедурой фиксации и оценки общих результатов, обсуждением перспектив на будущее и отношения пациентов к проблемам, затрагиваемым в ходе терапевтической сессии. Хорошим результатом здесь следует считать существенную редукцию всех проявлений проблемного состояния – тягостных соматических ощущений, эмоционального спада, актуального влечения – и формирование устойчивой мотивации на выздоровление.

Наш опыт использования всего блока вышеприведенных структурированных техник СПП в работе с мишенью патологического соматического статуса позволяет сделать вывод об эффективности данного технического репертуара.

СТРУКТУРИРОВАННЫЕ ТЕХНИКИ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ФАЗЕ ПРОГРАММ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Л. Катков

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

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) – инновационная технология психосоциального воздействия, разработанная и апробированная нами в период 2001-2010 гг. в ходе реализации комплексного исследовательского проекта РНПЦ МСПН.

В настоящем сообщении описываются структурированные техники СПП, используемые в заключительной фазе программ реабилитации зависимых от ПАВ.

На завершающей стадии программы, предшествующей выписке пациентов из отделения или центра психотерапевтической работы ведется с такими типичными проблемами, как: страх перед выпиской, возвратом влечения, необходимостью «нормальной жизни». Данные проблемы на основании общего психогенеза представлены единым блоком. При этом используются следующие технические подходы:

1) Техники с опорой на когнитивный (разъяснение) компонент – данное техническое действие используется практически в каждой терапевтической сессии, проводимой по соответствующему запросу инициативного пациента, либо в качестве единственного средства, либо – на предварительном этапе реализации иной структурированной техники. Основная идея данного терапевтического действия заключается в том, что за счет адекватных разъяснений истинного механизма появления опасений по поводу предстоящей выписки и возврата в жизнь – замыкается самое главное иррациональное звено (как же так – я столько работал, и снова страшно – тут что-то не то...), разгоняющее реакцию тревоги. В частности, в режиме открытой дискуссии пациентам разъясняется, что временная, не столько терапевтическая, сколько эмоциональная регрессия перед выпиской – явление обычное. Так, перед тем, как перепрыгнуть на другой берег ручья, к которому человек только что подошел, он для разбега делает несколько шагов назад. Т.е. это своего рода страховка, способ мобилизации на прыжок в будущее. Другая ассоциация – состояние перед экзаменом – вроде бы все знаешь, но всё равно волнуешься. Это волнение проходит, стоит только вытащить билет и увидеть вопросы, на которые нужно отвечать. Далее разбираются конкретные поводы для избыточной тревоги перед выпиской. Это могут быть: 1. осознание того, что терапевтическая программа заканчивается, а пациент только недавно по-настоящему в неё включился и теперь понимает, как много он не

успел (здесь уместно напоминание о том, что он может участвовать в курсах противорецидивной и поддерживающей терапии, где этот дефицит может быть восполнен); 2. опасения в связи с отсутствием средств на существование, перспектив работы, учебы, неулаженными конфликтами с родственниками и прочими обстоятельствами ближайшей проекции будущего, вызывающими обоснованную тревогу (но в тоже время – это и стимул для того, чтобы в оставшиеся дни, пользуясь поддержкой группы, разработать план конкретных действий, предусматривающий поэтапное решение всех проблем. При этом можно и нужно использовать возможности социальных служб и фондов – их адреса всегда можно узнать и уже в ближайшие дни попытаться наладить контакты. Т.е. нужно начать действовать и тогда состояние неопределенности и тревоги быстро сменится рабочим состоянием мобилизации); 3. предощущение чувства «брошенности» – здесь пациент кому-то нужен, о нем заботятся, его поддерживают, но там он будет один на один с не очень дружелюбным окружением – отсюда опасения того, как бы не вернуться к наркотику или алкоголю, которые как раз в таких ситуациях наиболее востребованы (истина, однако, состоит в том, что «другой» – существенно изменившийся пациент никогда не вернется в тот же самый мир. В любом случае, он сумеет развернуть его «светлой стороной» к себе – просто на это нужно некоторое время. Но как раз в это время и можно воспользоваться программой противорецидивной терапии, где бывшие пациенты в первые месяцы после выписки получают ресурсную поддержку и обучаются стрессоустойчивости. Даже если только знаешь обо всём этом – чувствуешь себя гораздо спокойнее). В завершение такого обсуждения каждый повод для формирования тревожной реакции получает удовлетворительное разъяснение и понятную перспективу дальнейшей терапевтической и социальной работы. Далее соответствующая работа ведется по каждому конкретному запросу. Удовлетворительным результатом реализации данного технического действия является существенное снижение уровня тревожности в группе пациентов.

2) Техники с опорой на коррекцию эмоционального состояния – в данном случае используется технологический репертуар, описанный нами в предыдущих сообщениях (техники коррекции эмоционального дискомфорта).

3) Техники с акцентом на коррекцию компонента неуверенности в себе – здесь также используется технологический репертуар, описанный в соответствующем сообщении.

4) Техническое действие «ресурсные поля» с акцентом на формирование конструктивных, доверительных отношений с окружением пациента. Данное техническое действие реализуется в отношении резидентов, испытывающих опасения в связи с ожидаемым резким перепадом ситуации после выписки – «здесь одно – доверие, поддержка, там – совсем другое».

На предварительном этапе идентифицируется соответствующий запрос, выясняются его особенности, проводится предварительная тематическая дискуссия, реализуется техника с опорой на когнитивный компонент (разъяснение). Вышеприведенные действия способствуют приведению инициативного пациента в первичное ресурсное состояние с такими необходимыми характеристиками, как креативность и пластика.

На следующем этапе технического действия пациента просят представить всё пространство предстоящей жизни, разместив его в пределах помещения, где проводится терапевтическая сессия. Группа занимает места на периферии обозначенного поля жизни пациента. Далее пациента, находящегося на «линии настоящего», у края площадки, просят разместить в этом поле каких-либо людей, события, конкретные обстоятельства, среди которых ему «действительно хорошо». При этом действует ранее наложенный запрет на воспроизведение ситуации наркотического или алкогольного опьянения. Начальный момент процедуры «заселения» может встречать трудности по причине неотреагированных и неразрешенных конфликтов в среде значимых других лиц (родных, друзей) пациента. Однако эти трудности достаточно легко преодолеваются мягкой стимуляцией: «Ты только начни, попробуй!». По мере заполнения «пространства жизни» событиями и людьми, терапевт не мешает пациенту располагать эти «собрания» достаточно компактно, образуя замкнутые системы «лицом внутрь». Напротив, поощряется активность и фантазия пациента. Ему предлагается определять свое местоположение (систему отношений) в каждом круге, если только этого не происходит в спонтанном режиме. В данной процедуре представляют интерес комментарии пациента по поводу того, какую позицию он занимает в действительности, и чего бы хотелось. Ему предлагается прорепетировать и тот, и другой вариант с участниками группы, выполняющими роль значимых лиц. Отмечаются особенности расположения, чувств, мыслей, действий в обоих вариантах. Ключевым моментом в данной ситуации является осознание пациентом возможности применения «принципа солнца» для изменения отношения к нему со стороны значимых других лиц (перевода конфронтационной системы

отношений в синергетическую). Изначальный дружественный импульс должен исходить от него самого. Терапевт и группа стимулируют развивающееся поведение пациента, раз за разом разыгрывая драму «раскрытия цветка» ресурсных человеческих отношений в каждом круге значимых людей. При этом образованные круги становятся, во-первых, шире, а во-вторых, их количество увеличивается. Пациент использует позитивный опыт установления новых, ресурсных отношений для того, чтобы включить в систему жизненных ценностей и тех лиц, близкие отношения с которыми, как он считал ранее, безнадежно утрачены. Эти действия пациента получают безусловное позитивное подкрепление терапевта и группы. Данный этап заканчивается завершением формирования всех возможных кругов – «ресурсных полей» и обозначением пространства между ними. В ходе чего также выясняются особенности ощущений, мыследеятельности и поведения пациента при движении по данному промежуточному пространству (некоторые пациенты обозначают это пространство как «минное поле», подчеркивая, что здесь нужно соблюдать осторожность и быть готовыми ко всяческим неприятностям). У пациента, вернувшегося после завершения формирования жизненного пространства на «линию настоящего», выясняют особенности его статуса, фиксируя степень достигнутых изменений. Обычно это чувство того, что «и настоящее и, особенно, будущее изменилось – просветлело, появилось надежда и силы, ощущение тепла в груди». Пациенту предлагают сравнить конфигурацию кругов с первоначальной и убедиться, что ресурсного пространства в жизни стало значительно больше, а территории «минных полей» значительно меньше. Далее пациент совершает тот же маршрут, развивая конструктивный сценарий отношений в каждом круге. Он может приглашать в это «путешествие» попутчиков – своих друзей и близких, устанавливая более прочные связи между «ресурсными полями», и отмечая усиление их позитивного влияния. При этом наряду с важными, объединяющими тенденциями, отмечается и другое: путешествие по пространству «минных полей» в сопровождении родных и близких становится более безопасным. Меняется отношение к данному пространству. Это – всего лишь дорога, где так же можно ощущать уверенность и спокойствие. Интеракции в каждом круге проходят в спонтанном режиме. Обычно группа четко улавливает контекст терапевтического действия, и на втором круге «путешествия» в каждом из «ресурсных полей» разрабатываются и позитивно подкрепляются сценарии конструктивного развития пациента. Данный этап и общее техническое действие, в целом, завершается проведением процедуры дебрифинга (снятия ролей) для участников группы и обсуждением материала сессии. Далее проводится стандартная процедура фиксации изменений и определения перспектив. При этом особое внимание об-

ращается на характер взаимоотношения с первоначально заявленной проблемой. Положительным результатом можно считать полную редукцию деструктивной тревоги, формирование устойчивого ресурсного состояния с высокой мотивацией на реализацию конструктивного жизненного сценария.

5) Техника «Шаги за горизонт» – применяются в работе с теми пациентами, которые на заключительном этапе терапевтической программы: 1. испытывают состояние страха, тревоги; 2. обнаруживают признаки дефицита устойчивого ресурсного состояния (в частности – доминирования конфронтационной стратегии адаптации, слабой проработанности конструктивных способов взаимодействия с окружением; отсутствия ресурсной метапозиции); 3. однако, при всем том – усвоили определенные фрагменты терапевтической программы, способны осознавать общие контексты и смыслы реализуемых терапевтических действий.

Основная терапевтическая идея здесь заключается в идентификации антиресурсной метапозиции клиента, занимаемой им по отношению к основным агентам со-бытия, и терапевтической трансформации «жесткой линии внутреннего горизонта» в существенно более гибкую, конструктивную, ресурсную метапозицию. Данная идея реализуется за счет использования последовательных шагов – технических действий, проясняющих внутренний, неявный кодекс правил (горизонт), действующих в отношении главных инстанций со-бытия: осознаваемое Я (персона); неличностная, неосознаваемая инстанция психического (неосознанное, подсознательное, предсознательное, сверхсознательное, душа, дух и другие обозначения данной инстанции); значимые лица (они); все остальные (другие); мир – реальность (объекты, события, информация).

Техническое действие начинается с возобновления групповой дискуссии по теме скрытого или открытого запроса пациентов на формирование устойчивых ресурсных состояний, ощущение уверенности, прочности и стабильности достигнутых результатов. При деликатной и ненавязчивой стимуляции фокус групповой дискуссии достаточно быстро смещается к обсуждению 5-й позиции в перечне свойств антинаркотической устойчивости личности (ресурсная достаточность в смысле возможности реализации конструктивных жизненных сценариев) в аспекте скрытого контекста отношений, существующих между персоной (осознаваемым Я) пациента и другими главными инстанциями со-бытия. Задача группы состоит здесь в том, чтобы установить взаимозависимость значимых событий в жизни участников терапевтического процесса с основными принципами взаимодействия с главными агентами со-бытия. Этому помогает идентификация ресурсной метапозиции активного пациента, что, в сущности, сводится к определению эмоциональных, когнитивных и поведенческих стереотипов в его взаимодействии

с упомянутыми ресурсными инстанциями. Данное техническое действие выполняется уже в формате встроенной терапевтической сессии. Группа используется как фон и активно участвует в ролевых сюжетах. Пациента помещают в то место ограниченного пространства (предполагается, что это поле жизни пациента), которое он сам себе отводит. И, далее, в этом пространстве размещают поименованные агенты со-бытия в последовательности и архитектуре, которая представляется уместной пациенту. В диагностическом и прогностическом смысле последние характеристики представляются достаточно важными, как и дистанция, отделяющая его персону от тех или иных агентов. Так, например, если окажется, что неличностную, суперресурсную инстанцию психического он поместил не внутрь себя, но где-то на периферии собственного жизненного поля, презентировал не в виде живого чувства, но в качестве какого-либо «материального» идола, то есть основания полагать, что доступ к данным ресурсам у пациента затруднен. Интерес представляет и расположение пациента относительно прочих агентов со-бытия. Позиция, когда персона в центре, другие (за исключением неличностной инстанции психического) равно удалены, но в пределах досягаемости от вытянутой руки пациента, может свидетельствовать о существовании отношений гармонии и сотрудничества между основными агентами со-бытия. Другая гармоничная и перспективная, ресурсная конфигурация – когда вокруг персоны концентрическими кругами, по типу «матрешки», выстраиваются значимые лица (они), затем, все остальные (другие), далее, мир – реальность (объекты, события, информация). Таким образом пациент сообщает, что он сотрудничает с каждой инстанцией – кругом. Какие-либо иные конфигурации, когда, например, персона – пациент располагается на одном краю общего поля жизни, а основные агенты со-бытия – на другом, представляются менее гармоничными и ресурсными. Обычная динамика конфигураций в ходе реализации данной методики – от менее гармоничных и ресурсных вариантов к более гармоничным и ресурсным. Техническое действие продолжается выяснением чувств, ощущений, которые пациент испытывает по отношению к основным агентам со-бытия. Его просят также сообщить, что он думает по поводу каждого из них. При этом определяется преимущественно конфронтационный или, наоборот, синергетический вектор эмоционального и когнитивного взаимодействия пациента с главными агентами со-бытия. Далее пациенту предлагают определить и проиллюстрировать поведение каждого агента по отношению к нему и свое собственное поведение по отношению к агенту. При этом пациент активно использует помощь группы для инсценирования соответствующих сюжетов. Последние представляют собой особо ценный материал для анализа и выводов относительно базисных стратегий поведения

инициативного участника. В завершение данного технического действия пациенту предлагают обозначить место и роль каждого из основных агентов события в значимых эпизодах своей жизни, в частности, генезе актуальных для него проблем. О неконструктивном контексте отношений между основными участниками данного действия могут свидетельствовать тенденции к возложению ответственности за возникновение проблем на главных агентов (за минусом персоны пациента). А также способы решения актуальных проблем исключительно за счет персональных усилий, без попытки использовать помощь и поддержку окружения. Неконструктивными представляются одни лишь упования на «потустороннее» вмешательство суперресурсных инстанций без встречной активности пациента. Окончательные выводы о базисной стратегии поведения пациента, применительно к основным агентам события, формируются с учетом вышеназванных критериев, а также с использованием специальной диагностической триады. Эмоциональные реакции, межличностные отношения, действия пациента в спонтанно-возникающих ситуациях квалифицируются как синергетический или конфронтационный (антиресурсный) полюс адаптации согласно следующих, дополнительных критериев. О синергетическом полюсе могут свидетельствовать такие реакции в эмоциональной сфере, как: эмоциональный подъем, творческое предощущение, вдохновение, деятельностное удовлетворение, иногда, позитивная (мобилизующая) тревога. В сфере межличностных отношений – доверие и уважение, поддержка, интерес, адекватное разделение статусных и человеческих отношений. В сфере действия – осмысленная активность, поиск возможностей для сотрудничества, высокая продуктивность и креативность. О преобладании конфронтационного полюса в поведенческой стратегии пациента могут свидетельствовать такие эмоциональные реакции, как: страх, тревога, дискомфорт, неуверенность, блокирование эмоций (оцепенение). В сфере межличностных отношений – враждебность, агрессия, неприятие, отсутствие или неадекватное разделение статусных и человеческих отношений. В сфере действия – агрессия, паника, бегство, формирование неконструктивных защит, низкая продуктивность и креативность. Предварительный этап завершается кратким подведением итогов – констатацией метапозиции и базисной стратегии поведения пациента по отношению к основным инстанциям события. Терапевт при этом делает все возможное для того, чтобы активный участник в предельно сжатой, лаконичной форме обозначил присущие именно ему характеристики метапозиции и стратегии поведения. В самом общем виде она может выглядеть следующим образом:

- беглец или агрессор (неконструктивная метапозиция в сочетании с конфронтационной стратегией поведения);

- отстраненный свидетель (неконструктивная метапозиция в сочетании с нейтральной стратегией поведения) – позиция социального и личного аута;
- со-участник, со-трудник, со-творец (конструктивная метапозиция в сочетании с синергетической стратегией поведения).

Однако стремиться к буквальному повторению приведенного варианта не следует. Пациент должен самостоятельно сформулировать главный вектор собственной жизни с тем, чтобы или согласиться с ним, но тогда все останется как есть, и следует смириться с низким качеством жизни; или попытаться изменить систему отношений между основными агентами события, переформировать позицию беглеца – агрессора или отстраненного свидетеля на позицию со-участника, со-трудника, со-творца. Обычно пациент, предварительно мотивированный на изменения, выбирает второй вариант в пользу развития. Выполнение данной задачи достигается за счет реализации определенной последовательности технических действий, направленных на получение реальных дивидендов от изменений поведения и метапозиции активного участника.

Первое техническое действие следующего этапа – актуализация и контакт с суперресурсной инстанцией психического (неосозанным, бессознательным, подсознательным, сверхсознательным и т.д.), которая, начиная с этого времени, теряет статус абстрактного чужеродного агента. Инициативному пациенту напоминают позицию, которую он выбрал для неличностной инстанции в соответствующем техническом действии, и просят воспроизвести ее. Если демонстрируется отстраненная позиция (душа или дух помещаются во внешнем, а не «внутреннем» пространстве), терапевт обращает внимание пациента и группы на некоторый диссонанс данного расположения по отношению к общечеловеческому опыту: «из глубины своего сердца взываю к тебе», «душа болит», «положа руку на сердце» и т.д. Далее терапевт предлагает пациенту провести опыт, основанный на предположении (это всего лишь предположение!), что некая, очень важная инстанция психического, обозначаемая как бессознательное, подсознательное, душа, дух и т.д. находится не во внешнем, а во внутреннем пространстве, где-то в положении «руки на сердце». Если это так, то существует возможность здесь и сейчас выяснить, желает ли эта неличностная инстанция, обладающая огромными, пока неясными, возможностями, сотрудничать с пациентом, группой, терапевтом. Причем если наше послание «отправлено» по верному адресу, в общем, не важно, какой ответ мы получим: «да» или «нет». Важен сам факт наличия точного адреса и более чем важного адресанта. Поскольку это скрытая инстанция не имеет собственного голоса, в прямом смысле этого слова, ее «голос» – это знаки, самые простые и понятные, о которых мы можем условиться:

сигнал «да» – это импульс вперед в сторону сотрудничества, который придается телу пациента; сигнал «нет» – это импульс в обратную сторону. Незначительные колебания в ту или иную сторону интерпретируются как неуверенность в отношении окончательного решения. Далее терапевт обращает внимание пациента на то, что ему в данной ситуации никакой активности проявлять не нужно, он такой же заинтересованный зритель, как и другие участники действия, которое он может остановить в любой момент. Проговаривание этих последних положений помогает в достижении нужной степени релаксации. Если этого не происходит, терапевт обращает внимание пациента и группы на закрепошенность, наличие мышечной брони, и других признаков, указывающих на скрытое сопротивление. Обычно этого оказывается достаточно для того, чтобы пациент «отпустил себя», «позволил проявиться чему-то важному в себе» – ведь он и только он контролирует весь этот процесс! На фоне нарастающей заинтересованности проводится процедура обращения терапевта к неличностной инстанции пациента в соответствующем драматической ситуации тоне. Здесь очень важной является особая работа голосом, поскольку существует большая вероятность того, что именно этот заданный тон будет в последующем воспроизводиться пациентом при его собственных обращениях к ресурсным инстанциям психического. Далее пациент и группа, после некоторой латентной паузы, обычно являются свидетелями того, как суперресурсная инстанция делает выбор в пользу сотрудничества, что является поводом для позитивной интерпретации трех позиций: изначального предположения о наличии некоего «внутреннего» пространства, где следует искать источники силы и уверенности; готовности скрытых инстанций психического к сотрудничеству; необходимость особого контекста отношений данного сотрудничества. В случае ответа «нет» возможны варианты позитивной утилизации и работы с сопротивлением, или прекращения работы с соответствующими инстанциями у данного пациента с переключением на другие агенты со-бытия. Затем пациенту предлагают вновь выстроить конфигурацию всего поля жизни и расположить основные агенты со-бытия в соответствии с такой стратегией поведения, которая была бы в первую очередь направлена на сотрудничество, активность и открытость. Прогностически благоприятным признаком является переформирование неконструктивной (антиресурсной) конфигурации в ресурсную, общий план которой был изложен в предыдущем пункте. Достаточно важным моментом в данном техническом действии представляется оформление и содержание сообщений, которые пациент желает направить к основным ресурсным агентам. Не менее важным фрагментом техники является конструирование ответа, который формирует группа, участвующая в ролевых действиях в качестве главных

агентов со-бытия. В контексте пережитого опыта такого рода ответы, как правило, конструктивны и креативны. Они достаточно часто, в спонтанном режиме, оформляются в психодраматические действия с максимальным эффектом изменений. Креативная составляющая последних технических находок дает основания для констатации очевидного изменения главного вектора жизни пациента. Из беглеца-агрессора или отстраненного свидетеля он становится реальным со-творцом, взаимодействующим, с одной стороны, с группой, символизирующей соответствующие агенты со-бытия, с другой, «внутренней» – с суперресурсной инстанцией, обеспечивающей прочный стержень бытия и устойчивое ресурсное состояние пациента. Данный этап заканчивается кратким подведением итогов и констатацией прохождения следующих трех важнейших шагов за ограничительную линию горизонта (первый шаг – изменение базисной стратегии поведения, второй – конструирование обновленной метапозиции в отношении основных агентов со-бытия, третий – конструктивное переформирование главного вектора жизни пациента). Удовлетворительным результатом здесь следует считать полную редукцию состояния страха, тревоги, формирование признаков устойчивого ресурсного состояния у инициативных пациентов.

б) Техника «Другое Я», основанная на диссоциации личностных статусов пациента, идентификации особого личностного статуса; «Я– сильный, уверенный, знающий, как поступить в кризисной ситуации». Актуализация данного ресурсного статуса возможна у пациентов, в основном освоивших терапевтическую программу. Данная процедура является образцом техник «окон», открывающихся как в сторону решения конкретной проблемы (в нашем случае – избавления пациента от чувства страха, неуверенности перед выпиской), так и в сторону формирования устойчивого ресурсного состояния – одного из главных компонентов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

Техническое действие начинается с идентификации и уточнения проблемного запроса (связанного в данном случае с тем, что инициативный пациент испытывает ощущение тревоги, страха в связи с недостаточным, по его мнению, объемом усвоения терапевтической программы). Инициативный пациент и некоторые другие участники группы в ходе предварительной дискуссии могут высказываться в том плане, что «программа скоро заканчивается, а я только начал понимать её смысл и по-настоящему включаться». Терапевт может интерпретировать эти высказывания как позитивный признак того, что самая важная, ресурсная часть личности пациента «активизировалась», «проснулась», а может быть, и «родилась», и что это и есть самый главный результат не потраченных впустую усилий. Далее проводится техника когнитивной (разъяснительной) терапии, вслед-

ствие чего инициативный пациент и группа приводятся в первичное ресурсное состояние с признаками креативной активности и гиперпластики.

На следующем этапе дискуссия возобновляется по вопросу того, какая сторона личности может быть активной в стрессовой, кризисной ситуации, с максимальной пользой для субъекта. Далее, после нескольких высказываний в этом ключе, терапевт предлагает группе сфокусировать внимание на характеристиках личности пациента, которые, по их мнению, будут способствовать его устойчивости в критических ситуациях. Для большей наглядности терапевт ставит пустой стул напротив инициативного пациента (последний располагается в центре круга) и адресует все высказывания этому «второму Я» пациента, будто бы располагающемуся напротив него на пустом стуле. В этом процессе должен участвовать и сам пациент; его креативная активность здесь всемерно поощряется; в конце концов, терапевт ведет дело к тому, что это он – пациент – «собственными руками, сердцем и умом» выстроил образ своего «другого Я», используя помощь группы только лишь в качестве креативных стимулов. В завершение данного этапа инициативному пациенту предлагают суммировать главные характеристики этого нового образа Я: что оно чувствует, думает, делает в кризисной ситуации, какова его миссия по отношению к пациенту. Терапевт при этом по-прежнему «отсылает» главные черты на стул напротив пациента, будто бы «рисует» образ нового Я.

На следующем этапе терапевт коротко и энергично обращает внимание группы на важность диалога, который имеет место в кризисных ситуациях – когда с одной стороны наша страдающая часть личности расписывается в собственном бессилье, но с другой, неявной, стороны будто бы слышны слова утешения, надежды, призывы собраться с силами, не впадать в отчаяние, терпеть, несмотря ни на что – ведь в жизни всё меняется очень быстро, и уже завтра всё может измениться в лучшую сторону и т.д. Самый интересный вопрос – кто и с кем здесь говорит. Может быть, хорошо знакомая нам сторона нашей личности – с этим уверенным и сильным Я, которое будто бы знает всё наперед и не дает нам впасть в отчаяние? А если это так, то почему бы не составить этот диалог заранее – некий договор о помощи в стрессовых ситуациях. Ведь в этом случае пациент уже заранее будет чувствовать себя более комфортно и располагаться к «точке силы» существенно ближе, чем ранее. После высказывания таких предположений тоном полувопроса, полуутверждения, терапевт предлагает пациенту здесь и сейчас обратиться к тому самому образу Я – сильного, уверенного, знающего, что нужно делать в любой ситуации с любым вопросом или предложением сотрудничества. Обращение пациента должно быть, во-первых, вежливым, дружеским, соответствующим образом эмоционально-окрашенным. А во-

вторых, – четким, понятным, оставляющим возможность однозначных, определенных ответов. Далее, обращение должно быть не каким-то абстрактным, а предельно адресным, т.е. направленным именно тому образу Я, над которым трудились пациент и вся группа. После того, как вопрос сформулирован и задан, терапевт резко (но в тоже время бережно) перебрасывает пациента на противоположный стул, стимулируя последнего к ответу от имени ресурсного Я (здесь нелишним является четкое напоминание о том, что пациент остался на прежнем месте, а здесь его ресурсное Я, только что получившее ясный и понятный вопрос, на который нужно отвечать). Слегка «ошарашенный» таким разрывом шаблона, пациент, часто к своему собственному удивлению, отвечает почти в автоматическом режиме. И далее также быстро возвращается на место для того, чтобы задать следующий вопрос. Подготовленный таким образом диалог, как правило, идет в достаточно интенсивном режиме, притом, что «градус» интереса к происходящему у пациента и группы непрерывно повышается. После 3-5 минут такого интенсивного общения всё самое важное уже может быть сказано, необходимые договоренности – достигнуты. Терапевт благодарит эту, только что проявившую себя ресурсную часть личности пациента, и обращается к последнему с предложением обсудить, как теперь в стрессовых или кризисных ситуациях они будут взаимодействовать (т.е. это может быть внутренний диалог или же такая же «очная» диссоциация с использованием активного воображения; нужен ли специальный ритуал («якорь») для актуализации ресурсной субличности и пр.). После того, как все эти вопросы уточнены, пациенту предлагают прорепетировать типичный стрессовый или кризисный эпизод, наиболее вероятный в будущем, в технике активного воображения по Дж. Каутела. Эпизод должен разворачиваться в замедленной съемке, а поведение и реакции самого пациента в этом эпизоде должны предусматривать возможность диалога с ресурсным Я. Удовлетворительным результатом будет пребывание пациента всё это время в «точке силы», с чувством уверенности, мобилизации, полного контроля над ситуацией. В завершение технического действия проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссия по материалам пройденной сессии. Хорошим результатом завершения сессии является полная редукция аффекта страха, тревоги, признаки формирования устойчивого ресурсного состояния у инициативного пациента и в группе.

7) Техники с акцентом на сказко-драматические сюжеты. В данном случае используется упрощенный вариант сказко-драмы «Репка», подробно описанный нами в работе с чувством вины. Работа проводится с чувством страха, тревоги, возникающих в связи с неуверенностью пациента в собственной готовности к встрече с агрессивной средой. Общий

алгоритм реализации технического действия включает: 1. идентификацию запроса; 2. обращение к сказочному сюжету с выявлением прямых аналогий, и его модификацией под конкретную ситуацию; 3. распределение и репетиция ролей в группе (важным моментом здесь является персонификация помощников клиента в виде разных граней его опыта, приобретенного в ходе продвижения по терапевтической программе, и сведения их в единую цепь, с помощью которой репа – опредмеченное чувство тревоги и страха – выдерживается; таким образом клиент сводит воедино и актуализирует ресурсный опыт, который за счет синергетической целостности и силы оказывается победным); 4. проигрывание сюжета – в данном случае реализуется упрощенный

вариант «выдерживания» чувства страха, без включения в процесс внесознательных инстанций; 5. обратная связь от участников и снятие ролей; 6. стандартные процедуры оценки состояния участников; 7. дискуссия по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь следует считать редукцию проявлений страха, тревоги у инициативного пациента.

Наш собственный опыт использования вышеописанных структурированных техник СПП в работе с такими типичными проблемами зависимых лиц, как страх перед выпиской, перед возвратом влечения, необходимостью нормальной жизни, позволяет сделать вывод об эффективности данных технологических подходов.

УДК 615.832.9; 615.851; 616.89

ТЕХНОЛОГИИ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л. Катков

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

Основными задачами этапа первичной наркологической помощи является уменьшение вреда, связанного с употреблением ПАВ, а также мотивация зависимых лиц на прохождение полноценного амбулаторного или стационарного лечения.

В качестве основной психотерапевтической мишени, таким образом, выступает мотивационная сфера злоупотребляющих или зависимых лиц. В качестве вспомогательных мишеней – дефицитарная или деформированная социализация, деформированный социальный статус. Соответственно, основными проблемными сферами здесь являются отсутствие осознания факта вовлечения в патологическую зависимость, отсутствие или неустойчивая мотивация на получение профессиональной помощи, дефицит реальных сценариев освобождения от зависимости, поиск вариантов «чудесного» исцеления. Кроме того, обычно отмечаются конфликты в семье и ближайшем социальном окружении.

Основные сложности психотерапевтической работы на данном этапе связаны с тем контингентом лиц, которые находятся на стадии «плато» (т.е. без признаков каких-либо ощутимых потерь в социальном статусе, физическом здоровье), уверены в том, что могут контролировать прием алкоголя либо наркотика, и что привычное психоактивное вещество только лишь помогает справиться с разного рода сложностями обыденной жизни. Такие лица обра-

щаются к специалисту лишь под давлением родных и близких, в основном для того, чтобы избавиться от тягостного дискомфорта, связанного с постоянным «прессингом». Т.е. из двух зол выбирается меньшее – формальная беседа со специалистом.

В связи со всем сказанным психотерапевтическая работа с этими и другими, менее сложными и оппозиционно настроенными клиентами, в технологиях СПП строится в несколько этапов, каждый из которых является шагом по формированию устойчивой мотивации к получению профессиональной помощи. Попутно выстраиваются и адекватные сценарии построения такого рода помощи.

На первом этапе главной задачей является перестроение изначальной акцентированно-конфронтационной метапозиции клиента в сотрудничающую (связанную с актуализацией синергетической адаптационной стратегией внесознательных инстанций). С этой целью используется технология разрыва шаблона, основанная, в первую очередь, на том ключевом обстоятельстве, что клиент, перегруженный фронтальными шаблонами – стереотипными ожиданиями «прокурорской» позиции специалиста в отношении фактов чрезмерного употребления ПАВ; неконструктивными защитами – собственной агрессивной («адвокатской») позицией, занимаемой в этом вопросе; явной или скрытой стигматизацией проблемы злоупотребления или зависи-

мости от ПАВ, которая, чаще неосознанно, делегируется специалисту наркологического профиля – при первом контакте с психотерапевтом видит, слышит и чувствует нечто совершенно противоположное. Наиболее существенными факторами, разворачивающими клиента в нужную, конструктивную сторону, являются невербальные сигналы, демонстрирующие уважение к позиции и высказываниям клиента; спокойный, деликатный интерес к его личности; акцентированный интерес к некоторым тезисам его речи при полном отсутствии каких-либо оценочных суждений или невербальных сигналов того же плана; постоянное подкрепление безопасности и полной конфиденциальности того, что происходит. Допустимы короткие нейтральные реплики в отношении того, что чрезмерное употребление ПАВ можно воспринимать, например, как переизбыток или увлечение компьютерными играми (т.е. как существенно менее стигматизированные формы поведения).

Позитивными сигналами, свидетельствующими об успешности такого первого контакта, будут видимый сброс напряжения, изменение эмоционального фона – от скрытой или явной агрессии к относительно спокойствию и интересу к происходящему, а также неявно демонстрируемое желание к продолжению контакта.

Гораздо более существенным признаком изменения конфронтационной метапозиции на сотрудничающую и установления отношений доверия с психотерапевтом может служить спонтанное признание клиентом того факта, что и он сам «в глубине души» обеспокоен тем обстоятельством, что отнюдь не всегда, как это утверждалось в начале беседы, ему удается контролировать прием алкоголя или наркотиков, и «первые звонки», свидетельствующие о тревожной ситуации, «уже прозвучали». Такого рода признание можно расценивать как призыв о помощи.

После появления соответствующих сигналов (но не ранее) можно переходить к следующему этапу терапии.

На втором этапе главной задачей является перестройка реальной (!) проблемной ситуации, с которой со всей очевидностью сталкивается клиент – непрекращающегося давления со стороны родных и близких – в гораздо более комфортную для него ситуацию, когда и внешнее, и внутреннее давление (этот момент нужно проговаривать лишь при наличии соответствующего доверительного признания клиента на предыдущей стадии контакта) существенно уменьшается, и вместо этого появляются реальные обнадеживающие перспективы. Т.е. основной тезис, с которым клиент обратился на прием: «Из двух зол – меньшее» должен быть трансформирован в другой тезис: «Из двух благ – большее». При этом в качестве основных негативных и позитивных стимулов продвижения клиента в данном направлении следует использовать абсолютно реальные факты «прессинга» со стороны значимых лиц и только

что возникшие отношения доверия между клиентом и терапевтом.

Пользуясь тем, что клиент к этому моменту должен находиться в пластическом состоянии, проводится ресурсная техника диссоциации и выведения клиента за рамки проблемы: терапевт, который до этого проявлял акцентированный интерес к взаимоотношениям клиента с его близкими, предлагает вернуться к этому вопросу, помещая лист бумаги (на котором далее вычерчивается проблемная схема отношений) в левом нижнем от клиента поле прошлого опыта. При расчерчивании схемы и соответствующих комментариях все глагольные формы употребляются в прошедшем времени. Внимание клиента акцентируется на позиции родных и близких, т.е. проблема злоупотребления или зависимости комментируется терапевтом от их лица, но не от своего собственного.

В ходе обсуждения терапевт, за счет использования невербальных сигналов, с одной стороны все более углубляет диссоциацию клиента с проблемной ситуацией, отправляя ее в поле прошлого. А с другой – присоединяет клиента к себе-ресурсному, пребывающему в настоящем и разворачивающемуся в будущее. Таким образом достигается актуализация креативно-пластических ресурсов клиента.

Далее последовательно реализуются три технических блока СПП: «Лестница потерь», «лестница приобретений», проводимые с актуализацией активного воображения по Дж. Каутела, «Витязь на распутье», в тех вариантах, которые наиболее уместны в конкретной ситуации. При этом желательно, чтобы «Лестницу потерь», неизбежных при продолжении употребления ПАВ, от лица своих родных и близких воспроизвел сам клиент – это будут его ответы на вопросы психотерапевта: «Как Вы думаете, почему родные и близкие продолжают беспокоиться за Вас?», «Чему именно они являлись свидетелями, наблюдая за теми, кто продолжал бесконтрольно употреблять алкоголь или наркотики?» и другие вопросы. При этом клиенту, находящемуся в диссоциированном полюсе безопасности, достаточно легко воспроизвести и систематизировать все ступени неизбежных моральных, социальных, физиологических, материальных потерь, включая и потерю жизни. Существенная разница здесь будет заключаться в том, что ранее все эти аргументы клиент воспринимал (правильнее сказать – не воспринимал), пребывая в конфронтационной, защитной метапозиции, т.е. в таком состоянии, когда информация в лучшем случае игнорируется, а в худшем – вызывает раздражение, агрессию и обратную импульсивную реакцию. В терапевтической ситуации клиент, обычно без какого-либо сопротивления, вычерчивает лестницу потерь и путешествует по ней в технике активного воображения по Дж. Каутела. Таким образом формируется одно из направлений движения клиента в следующем техническом блоке – «Витязь на распутье» – неявно отправляемое в прошлое.

После необходимой паузы психотерапевт акцентированным жестом переворачивает расчерченную схему на чистую сторону (символ предложения начать все с чистого листа), перемещается в левый от клиента угол, закрывая поле прошлого. Разворачивая (с использованием приемов направленного жеста, взгляда и др.) клиента в поле будущего, терапевт предлагает воспроизвести ситуацию, когда «овцы» (т.е. опасющиеся за его здоровье и жизнь близкие и значимые для него люди) – сыты, а «волк» (т.е. он сам, агрессивно отбивающийся от их опеки) остается, как минимум, целым и как максимум – с большой пользой для себя приобретает новые навыки совладания с кризисными ситуациями. При соответствующем позитивном подкреплении (работа жеста, голосом, определенными эмоциональными реакциями) нужные альтернативы обычно находятся. А «лестница приобретений», проживаемая в технике активного воображения, формируется достаточно быстро.

После следующей паузы (в ходе чего психотерапевт может перевоплотиться в «живые весы», как бы взвешивая на ладонях один и другой сценарии: позитивным сигналом здесь будет присоединение клиента к этому действию) клиенту предлагается еще раз, теперь уже с позиции человека, стоящего на распутье, оценить преимущества и издержки каждого направления. При этом, как и на предыдущих этапах, никакого давления или попыток ускорить процесс принятия решения со стороны психотерапевта быть не должно. Напротив, в случае возникновения какой-либо заминки со стороны клиента терапевт должен подтвердить лишь то, что это, во-первых, еще только оценка возможных альтернатив. Решение может быть принято в то время, когда клиент к этому готов. Перспективы – и одна, и другая – прояснились, и этого достаточно. Когда у него возникнет потребность – можно будет вернуться к этому вопросу (таким образом еще раз подтверждается безопасность клиента и закладывается сценарий актуализации потребности к продолжению терапевтической работы). Часто это единственное, чего можно добиться на первой встрече.

Если сессия завершается вторым этапом полимодальной мотивационной психотерапии, то вероятность следующей встречи будет колебаться в пределах 60%. Что, в целом, можно оценить как положительный результат. В случае же, если клиент высказывает твердое или осторожное намерение следовать теперь новым путем, можно переходить на следующий этап терапевтической сессии.

На третьем этапе основной используемой технологией СПП является мотивационное информирование с одновременным выстраиванием адекватного сценария освобождения от зависимости. Стержневая линия данной технологии – обнадеживающая правда, которую следует донести до клиента таким образом, чтобы усилить, а не расшатать имею-

щуюся у него к этому моменту конструктивную мотивацию. Правда состоит в том, что дистанция между решением и реальным освобождением от зависимости может быть достаточно длинной и потребует от клиента немалых усилий. В то же время эта дистанция состоит из конкретных шагов, с ясными и понятными целями каждого шага. И силы клиента с каждым преодоленным участком будут только увеличиваться. Но, кроме того, следует иметь в виду, что основные препятствия на этом пути – это, в первую очередь: страх общественного ostracизма («узнают, что я – алкоголик или наркоман, и мне уже не подняться»), страх постановки на учет в наркологическое учреждение («от этого уже не отмыться»), страх поражения в правах («не примут или выгонят с работы, лишат водительских или родительских прав» и т.д.); неприемлемость условий оказания профильной помощи, узкий ассортимент и низкое качество услуг. Еще одним препятствием у лиц с большим стажем употребления ПАВ и безуспешными попытками лечения в прошлом является перегруженность «пораженческими» сценариями («все бесполезно – я пробовал, я знаю»).

С учетом всего сказанного клиенту предлагают, во-первых, мысленно (с использованием уже апробированной технологии активного воображения) перенестись на тот рубеж, где он чувствует себя полностью здоровым и освобожденным от зависимости. На этом рубеже, с ненавязчивыми подсказками-вопросами психотерапевта, выстраиваются точные характеристики состояния, когда действительно можно будет иметь возможность контролировать свое поведение и без помех добиваться самых главных жизненных целей. Далее клиента просят мысленно измерить расстояние от точки настоящего до этого намеченного рубежа, и условно обозначить его в пространстве помещения, где провидится терапевтическая сессия. Продвижение по выстроенной таким образом дистанции будет осуществляться за счет совместного обсуждения конкретных шагов, которые клиенту представляются важными. Терапевт при этом обращает внимание клиента на то, что с начала движения в соответствии с намеченными этапами ситуация меняется – вместо общего фронта проблем, выстроенных перед клиентом в поперечную линию или нагроможденных друг на друга, теперь в каждый момент времени он решает только лишь конкретную и вполне «подъемную» для него задачу, постоянно прибавляя уверенности в собственных силах.

Специально следует обсудить вопросы обеспечения безопасности, доступности и высокого качества профессиональной помощи, предоставляемой клиенту на разных этапах данного пути. В числе прочего желательно обсудить возможности улучшения семейной ситуации, например, за счет проведения квалифицированной семейной психотерапии, а также поэтапного решения социальных проблем. В за-

вершение данного обсуждения клиенту предлагается вновь мысленно измерить дистанцию до искомого конечного результата и сопоставить ее с первоначальным вариантом. Обычно эта новая дистанция оказывается существенно короче. Психотерапевт обращает внимание клиента на данный примечательный факт и предлагает интерпретировать его. Итоговый вариант такой интерпретации часто заключается в том, что с прояснением всего того, что в реальности происходит с клиентом, появлении продуманных, понятно распланированных шагов по решению проблем в сфере потребления алкоголя, наркотиков и других значимых проблем, и особенно с началом движения по этой дистанции – время уже работает на клиента, а не против него, искомый результат приближается, а не отдаляется.

Позитивным сигналом по закреплению третьего этапа и терапевтической сессии в целом является просьба клиента о следующей встрече по обсужде-

нию конкретных вариантов участия в терапевтических программах.

Хорошим результатом считается достижение 70% показателя вероятности следующей встречи.

Следует иметь в виду, что для прохождения всех трех этапов СПП может понадобиться не одна, а несколько терапевтических сессий.

Другим способом измерения промежуточных индикаторов эффективности СПП, проводимой на этапе первичной наркологической помощи, является определение динамики стадий изменения поведения по модели Д. Прохазки и К. ДиКлементе с помощью специального опросника URICA.

Наш опыт использования вышеприведенных технологий СПП на этапе первичной психотерапевтической помощи позволяет сделать вывод об их достаточно высокой эффективности в отношении мотивации зависимых от ПАВ на получение профессиональной помощи.

УДК 616.89; 651.832.9; 615.851

ТЕХНИКИ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАБОТЕ С МИШЕНЬЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ

А.Л. Катков

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

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) зависимых от ПАВ – авторский метод, разработанный нами в период 2001-2010 гг.

В настоящем сообщении описываются структурированные технологии СПП, используемые в отношении собственно синдрома зависимости.

На этапе амбулаторной и стационарной реабилитации в работе с таким наиболее часто встречающимся запросом, как постоянное или эпизодическое влечение к ПАВ используются:

1) техники с акцентом на поведенческий компонент, предусматривающие: идентификацию триггеров, запускающих или актуализирующих патологическое влечение (центральных, периферических, специальных, ассоциативных и др.); поиск и нахождение – в режиме креативного штурма и деятельной поддержки всех участников терапевтического процесса, действующих в модели группового терапевта – так называемой копинговой пары, эффективно блокирующей идентифицированный механизм запуска патологического влечения. Это могут быть копинговые мысли, действия, эмоции, способы отвлечения и другие формы активности, однозначно помогаю-

щие в заявленной кризисной ситуации. Найденные формы блокирующей активности проходят проверку в технологиях активного воображения, затем в репетициях действием. Последнее может носить характер фрагмента психодрамы или ролевой игры, когда между участниками распределяются символические функции-роли: триггера, активных копингов, командира. Важно, чтобы инициативный пациент побывал во всех функциональных ролях, но главное – в роли командира, который является, безусловно, главной фигурой и умеет нейтрализовать любую опасность. В этом статусе инициативный пациент и завершает встроенную сессию. Главная терапевтическая идея здесь понятна – актуализирующееся патологическое влечение не может быть оставлено без блокирующей пары – этот жесткий копинг инициируется, подкрепляется и укореняется всеми возможными средствами;

2) техники с акцентом на нейрофизиологический компонент- это способы «скорой помощи», когда необходимо очень быстро и эффективно подавить поднявшуюся волну актуализированного влечения за счет реализации следующего четкого алго-

ритма – самомассаж биологически активной точки Хэ-гу (4-5 минут, с двух сторон); одновременное глубокое диафрагмальное – так называемое «брюшное» – дыхание (15-20 глубоких вдохов и выдохов); глубокий массаж лица – 3-4 минуты горячим влажным полотенцем. Инициативному пациенту и всей группе объясняют нейрофизиологические механизмы ультрабыстрого подавления патологического влечения (которые в действительности имеют место), притом что одновременно действуют и момент отвлечения, и собственно нейрофизиологический механизм, обеспечивающий экстренный выброс эндогенных нейрого르몬ов, эффективно «снимающих» кризисное состояние и продолжающих свое действие несколько часов. Этого времени обычно хватает, чтобы пережить волну кризиса в относительно комфортном состоянии. Техника демонстрируется на том из участников группы, который отмечает у себя признаки влечения или испытывает какое-либо недомогание – например, головные боли и др. При правильно проводимом техническом действии, подготовленном и встроенном стыковочном сценарии, признаки актуализированного влечения, болевые или любые другие неприятные ощущения будут редуцированы, а пациент будет находиться в акцентированно спокойном и слегка сонливом состоянии. Завершается техническое действие формированием сценария будущего, выстраиваемого в том духе, что освоенное средство «скорой помощи» действует таким образом, что и без активного применения будет блокировать импульсы патологического влечения. Что, собственно, является клиническим фактом – патологические импульсы после проведения такой техники отмечаются существенно реже;

3) техники с акцентом на эффект «наводнения» – используются с целью актуализации и позитивного подкрепления активной личностной позиции пациента в отношении имеющихся признаков патологического влечения и их эффективной редукции в режиме «наводнения» – т.е. предельно возможного обострения конфликта. В этом случае вокруг инициативного пациента формируются две группы, одна из которых символизирует влечение к ПАВ, а другая – стремление пациента к освобождению от зависимости. Группы получают инструкции в отношении того, что нужно говорить или даже кричать пациенту, «растаскиваемому» в противоположные стороны достаточно энергичными усилиями противодействующих сторон (это важный момент идентификации борющихся мотивов). Пациент таких инструкций не получает, в связи с чем уровень его фрустрации нарастает. Реализация техники начинается в акцентированно напряженной обстановке, с нарастающим ажиотажем и шумовыми эффектами. Инициативный пациент при этом испытывает серьезный телесный и психологический дискомфорт. Наконец на пике напряжения он получает жесткую инструкцию включиться самому, «если он не хочет, чтобы

его разорвали». В конечном итоге именно активные усилия пациента и обеспечивает «победу» сопротивляющейся влечению стороны, перетягивающей и рассеивающей участников другой группы, символизирующей патологическое влечение. При этом пациент, испытывая интенсивные чувства физического и психологического облегчения, получает важный урок того, что именно его активная позиция и усилия по «перетаскиванию» себя на «светлую» сторону, способны подавить и рассеять поднимающуюся волну патологического влечения. Однако при этом важно иметь «сторонников» в виде актуальных и сильных мотивов по сохранению трезвости, освобождению от зависимости;

4) техника с опорой на диссоциацию и конфронтацию – в данном случае акцент делается на: формирование навыка диссоциации патологического влечения от нормативного стержня личности, т.е. самого пациента; презентации образа патологического влечения во внешнем пространстве (эту роль может исполнять кто-либо из участников группы); обострение конфликта в режиме диалога, в ходе чего у пациента формируется выигрышная стратегия преодоления. Однако основной терапевтический фактор в данном случае связан с тем, что конфликт из внутреннего переходит в статус внешнего – т.е. между пациентом и патологическим влечением выстраивается некая дистанция, охраняющая и помогающая ему реализовать эффективные защитные действия;

5) техники с опорой на когнитивный компонент и переформирование деструктивной интерпретации синдрома патологического влечения к ПАВ на конструктивную – в данном случае имеет значение полноценная проработка с пациентами истиной картины того, что происходит в организме человека при обострении патологического влечения. При этом в максимально наглядной форме излагаются основные тезисы нейрофизиологического механизма актуализации синдрома влечения в том контексте, что сам по себе синдром патологического влечения – это дефицит определенных нейрого르몬ов, которые долгое время замещались психоактивным веществом и перестали вырабатываться в нормальном режиме. Восстановление этого нормального режима происходит волнообразно. В период максимального спада уровня естественных нейрого르몬ов мозг посылает усиленный сигнал для стимуляции его «производства» и активизации соответствующих структур нейроэндокринной системы организма. Этот сигнал и воспринимается как обострение влечения, хотя на самом деле – это мощный стимул к восстановлению нормативной функции центральной нервной системы. Все, что нужно делать в этом случае – правильно понимать, что происходит, и «переправлять» этот сигнал по прямому адресу – глубинным структурам нейрогоморальной системы. Лучше это делать с использованием активного воображения (здесь должна быть проработана определенная последо-

вательность визуального ряда, которая может быть подкреплена соответствующим ролевым действием). Результатом будет значительно более быстрое восстановление нормативного уровня нейрогормонов, необходимого для комфортного состояния пациента.

Таким образом, деструктивная и опасная для пациента интерпретация имеющихся у него признаков патологического влечения, трансформируется в конструктивную, существенно более безопасную и направленную на восстановление самоорганизующих функций;

6) техники с опорой на арт-терапевтический катарсис – в данном случае основной терапевтический фактор связан с возможностью полноценного воспроизведения и отреагирования всего комплекса препятствий, связанных с «тягой» к алкоголю или наркотику в арт-терапевтическом контексте. Обычно это рисунок, но могут использоваться и другие формы – скульптура, живая скульптура, рассказ и др. Важным здесь представляется то обстоятельство, что пациенты, при правильной организации арт-терапевтической сессии, находятся в состоянии креативного транса, т.е. в режиме максимальной гиперпластики. И то, что творчество – это есть диссоциация творца с предметом творения и возможность какой угодно трансформации этого предмета (в данном случае – фантома патологического влечения). Таким образом, пациенты, во-первых, эффективно освобождаются от травмирующих переживаний, связанных с комплексом патологического влечения, а во-вторых – трансформируют этот комплекс в нужном для себя направлении;

7) техники с опорой на активное воображение и ресурсно-ориентированную психотерапию – в данном случае внимание пациента обращается на то обстоятельство, что если феномен влечения есть то, что он ощущает в каком-то сегменте внутреннего пространства (при этом устанавливаются характеристики и координаты этого сегмента), то от этого тягостного чувства можно освободиться, путешествуя в другой, отдаленный от этого первого места, сегмент внутреннего пространства. Далее, с использованием технологии активного воображения и ресурсных воспоминаний, выстраивают «безопасное место», где пациент чувствует себя абсолютно комфортно. Формируется маршрут – алгоритм актуализации ресурсного статуса пациента – путешествия к «безопасному месту». Обсуждаются возможности использования этих новых навыков для профилактики стрессовых ситуаций, которые, в свою очередь, могут являться механизмами запуска патологического влечения;

8) техники с акцентом на телесно-ориентированную терапию – в данном случае основной механизм терапевтического воздействия заключается в «привязывании» признаков патологического влечения к определенному телесному сегменту (в данном сегменте обычно концентрируются болевые или иные

неприятные ощущения, признаки мышечного напряжения). И далее, за счет интенсивной работы с этим телесным сегментом, редуцируются признаки патологического влечения. Важным здесь представляется возможность формирования кинестетического транса, и далее, в условиях терапевтической гиперпластики – формирования программы редукции синдрома патологического влечения за счет интенсивного воздействия на идентифицированный телесный сегмент. При необходимости такой алгоритм может воспроизводиться самостоятельно;

9) техники с акцентом на диссоциацию нормативного и патологического личностных статусов – основной терапевтический смысл данного подхода заключается в том, что патологическое влечение в данном случае используется как стимул для конструктивного личностного развития пациента, актуализации общего терапевтического алгоритма программы МСР.

Начальный акцент данной технологии делается на выяснении главного вопроса – кто на самом деле испытывает влечение к алкоголю или наркотику – тот внутренний «сожитель» пациента, который привел его к наркотику и не хочет отпускать, или же та набирающая силу личность, которая хочет научиться управлять своим поведением и вернуть свободу. Полярные характеристики этих личностных статусов идентифицируются с наиболее возможной точностью и с помощью креативной групповой поддержки. Далее, определяются стратегии, с помощью которых каждый из поименованных личностных статусов стремится достигнуть своих целей. В частности, устанавливается, что базисная стратегия патологического личностного статуса как раз и заключается в актуализации синдрома патологического влечения и формировании протестных реакций в отношении терапевтического режима и др. В то же время базисной стратегией растущего нормативного личностного статуса является скорость терапевтических изменений в избранном направлении. При достижении определенной скорости «посылаемые» волны тяги к алкоголю или наркотику просто не догоняют и не находят пациента, стремительно двигающегося к своей цели. Причем на этом пути он и приобретает свое основное качество – устойчивость к любым атакам и повторному вовлечению в химическую и любую другую зависимость. Все вышеприведенные тезисы могут быть проиллюстрированы ролевой игрой или соответствующим психодраматическим фрагментом.

Основным результатом данного технического действия является актуализация и усиление нормативного личностного статуса, стратегии по адекватному достижению главной цели; редукция синдрома патологического влечения;

10) техники, основанные на прямом контакте с внесознательными инстанциями – реализация данного технического блока требует специального на-

выка и большого опыта работы у специалиста-психотерапевта; в групповых форматах использование данной технологии в контексте СПП не рекомендуется; в индивидуальном формате техника прямого контакта с внесознательными инстанциями используется лишь в критических ситуациях, когда предшествующие технологические попытки были неуспешны, и пациент в силу этого обстоятельства готов прервать терапевтический контракт. Имеет значение и определенная готовность пациента к тому, например, что «Сила более могущественная, чем мы, поможет вернуть контроль над своим состоянием и поведением» (далеко не все зависимые лица привержены к такого рода тезисам).

Терапевтическая процедура в случае наличия всех вышеобозначенных условий проводится в четыре этапа:

- идентификация и диссоциация суперресурсных инстанций и установление контакта с ними;
- подтверждение намерений об освобождении клиента от тягостного для него влечения к употреблению алкоголя или наркотика;

- реализация специальной процедуры освобождения с достижением критической редукции синдрома патологического влечения к ПАВ;
- выстраивание адекватного сценария со-участия суперресурсных инстанций в формировании удовлетворительного физического и психического состояния пациента в ближайшем будущем.

Сама по себе техническая процедура оформляется в соответствии с личным мифом пациента и разработанным стыковочным сценарием.

Формируемый сценарий будущего должен включать тезис того, что суперресурсные инстанции оказывают помощь и поддержку тому, кто сам разворачивается навстречу своей новой судьбе.

Наш опыт использования всего блока вышеприведенных технологий СПП в работе с патологическим влечением к ПАВ позволяет делать выводы, во-первых, об эффективности каждой конкретной структурированной техники СПП, а во вторых – о возможности их гибкого сочетания при групповой работе с зависимыми лицами.

УДК 159.9.018.6+159.99+613.86

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СВОЙСТВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ДОСТУП К ВНУТРЕННИМ РЕСУРСАМ У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 9-18 ЛЕТ

Ю.А. Россинский

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), директор центра психотерапии и психологической поддержки (г. Павлодар)

Актуальность ранней диагностики лиц, входящих в группы риска по наркологическому профилю является стратегическим направлением первичной профилактики наркомании, алкоголизма и других заболеваний и проблем, связанных с неудовлетворительным психоадаптационным потенциалом личности (Катков А.Л., 1998, Россинский Ю.А., 2002-2003, Катков и соавт., 2003, Аманова Ж.Ш. и соавт., 2005,). Большинство существующих диагностических методик прогнозирования формирования и развития химической аддикции основаны на оценке отдельных факторов риска. В большинстве случаев это оценка наследственных, характерологических и средовых факторов. Однако, в качестве основного фактора, препятствующего формированию и развитию химической аддикции выступают свойства психологического здоровья, определяющие как адаптационной личностный потенциал в общем, так и антинаркотическую устойчивость в частности (Россинский Ю.А.,

2002-2005, Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2003). В настоящем сообщении приводится дескриптивный анализ поведенческих индикаторов свойств психологического здоровья, осуществляющих доступ к внутренним ресурсам и определяющих психический адаптивный потенциал личности в возрастных группах: 9-18 лет.

Поведенческие индикаторы свойств, осуществляющих доступ к внутренним ресурсам у лиц в возрасте 9-18 лет

Признаки полноценного развития свойств, осуществляющих доступ к внутренним ресурсам у лиц в возрасте 9-18 лет

Пластичность, креативность, находчивость, способность собраться в критической ситуации, удерживать при необходимости внимание, стеничность в достижении результата или целенаправленной деятельности и быстрая ситуационная адаптация, когнитивная и эмоциональная эмпатия являются при-

знаками полноценного развития свойств, осуществляющих доступ к внутренним ресурсам.

Такие дети/подростки легко адаптируются в новой ситуации и социальной группе независимо от их темперамента и характера. Они легко принимают культуру новой группы, но это не является конформным поведением, они не подстраиваются под группу в ущерб собственной индивидуальности. Сохраняя свою индивидуальность и свои интересы, они проявляют высокую гибкость в поведении, что позволяет им избегать конфликтов. Адаптируясь в группе они, как правило, становятся лидером, или претендуют на роль лидера. Однако, если роль лидера им не уготовлена, они легко принимают вторые роли, не теряя при этом творческой активности. Для них не характерно застревание на обидах. Обиды ими переживаются достаточно легко и проходят достаточно быстро. Они редко ссорятся, и в соре, как правило, первыми идут на примирение. Такие дети способны «собираться», концентрироваться в меняющейся (критической) ситуации и контролировать процесс ее динамики. Для них характерна аллопсихический стиль адаптации – попытка повлиять на ситуацию и устранить препятствие. В случае, если им не удастся изменить ход развития ситуации в сторону собственных интересов, они принимают новые условия и достаточно быстро адаптируются к ним. Они хорошо понимают эмоциональные реакции и чувствуют эмоциональное состояние других детей, могут им сочувствовать, а также принимать их реакции. Они хорошо могут проявлять заботу, особенно это проявляется по отношению к животным. Эгоцентризм у таких детей при общении с другими детьми уходит на второй план. Они способны и любят дарить подарки другим детям, делятся своими игрушками, вещами. Они могут попросить чужие игрушки или вещи, но не будут отбирать их силой.

Использованная и рекомендуемая литература:

1. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г. Выявление групп риска по наркологическому профилю среди подростков в возрасте 14-18 лет: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 54 с.
2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс / Пер. с англ. – М.: Изд-во «Прогресс», 1986. – 424 с.
3. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – 2005 – 288 с.
4. Катков А.Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения / А.Л. Катков. – Костанай, 1998. – 268 с.
5. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Концепция психического здоровья – антинаркотической устойчивости // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 26-41.
6. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 4. – С. 102-107.
7. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003. – 267 с.
8. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 992 с.
9. Мясищев В.Н. Структура личности и отношение человека к действительности / В.Н. Мясищев // Психология личности. Хрестоматия. – Т.2. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 223-227.

Признаки дефицита развития свойств, осуществляющих доступ к внутренним ресурсам у лиц в возрасте 9-18 лет

Пластичность, креативность, находчивость, способность собраться в критической ситуации, удерживать при необходимости внимание, стеничность в достижении результата или целенаправленной деятельности и быстрая ситуационная адаптация, когнитивная и эмоциональная эмпатия являются признаками развитой способности быстрого доступа к внутренним ресурсам. Однако у детей/подростков с признаками дефицитарного доступа к внутренним ресурсам, все вышеуказанные свойства проявляются только в хорошо знакомых или привычных ситуациях или обстановке. В новых, незнакомых или сложных ситуациях, выходящих за рамки уже имеющегося жизненного опыта, у таких детей отмечаются признаки когнитивной, эмоциональной или поведенческой ригидности, признаки повышенной тревожности, скованности. В подобных ситуациях дети с признаками дефицитарного доступа к внутренним ресурсам нуждаются в поддержке и четком руководстве, как со стороны взрослых, так и со стороны сверстников. При наличии такой поддержки и руководства такие дети легко адаптируются в новых ситуациях. Адаптируясь в новой группе они, как правило, не претендуют на роль лидера. Они охотно принимают вторые роли. В отношении лидерства они могут принимать эту роль только в хорошо знакомой группе или ситуации. Если они претендует на роль лидера, но ситуация препятствует этому – им не уготовлена роль лидера, они могут реагировать болезненно, «обижаться» на ситуацию. Они достаточно хорошо понимают эмоциональные реакции и чувствуют эмоциональное состояние других детей, могут им сочувствовать, а также принимать их реакции. Они могут проявлять заботу, привязываются к животным.

-
-
10. Россинский Ю.А. Клиническая интегративно-развивающая патогенетическая психотерапия неврологических расстройств и зависимостей: Методические рекомендации. – Павлодар, 2002. – 44 с.
11. Россинский Ю.А. Психологическое, психическое и соматическое здоровье как аспекты интегрального здоровья и их значение в «пограничной» психиатрии и наркологии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 1. – С. 79-83.
12. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития антинаркотической устойчивости личности // Наркология. – 2003. – № 8. – С. 2-4.
13. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития свойств антинаркотической устойчивости личности / Ежемесячный научно-практический журнал «Психотерапия». – Москва, 2003. – № 7.
14. Хьелл Л. Теории личности (основные положения, исследования и применение) / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.
15. Эриксон Э.Г. Детство и общество. – Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
16. Erikson E.H. Identity: Youth and crisis / E.H. Erikson. – New York: Norton, 1968.
17. Erikson E.H. Life cycle / E.H. Erikson // International Encyclopedia of the Social Sciences. – New-York: Crowell Collier & Macmillan, 1970. – V. 9. – P. 286-292.

УДК 159.9.018.6+159.99+613.86

СВОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ АДАПТИВНЫХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 9-18 ЛЕТ: АВТОНОМИЯ/АВТОНОМНОСТЬ

Ю.А. Россинский

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), директор центра психотерапии и психологической поддержки (г. Павлодар)

В настоящий исторический период мировое общество столкнулось с проблемами неинфекционных социальных эпидемий таких, как алкоголизм, наркомания, суицидальное поведение, уход человека в деструктивные и социально-опасные группы (экстремистские группировки, секты и пр.). Актуальность указанных проблем с одной стороны определяется крайне важной социальной значимостью и ростом статистических показателей масштаба – с другой (Катков А.Л., 2011).

Современная личность не выдерживает агрессивных вызовов внешней социальной среды, не успевает за темпами изменений современной жизни. Неудовлетворительная психическая адаптация приводит к ухудшению качества жизни индивида, психологическим проблемам (экзистенциальное одиночество, anomia и пр.), психическим расстройствам (расстройства психической адаптации, нервно-психические расстройства, связанные со стрессом, аффективные расстройства настроения и пр.), а также таким социально-персоналогическим феноменам, как уход человека в секты, экстремистские группировки, уход в алкоголь, наркотики, самоубийство.

Можно выделить два причинных полюса вышеуказанных проблем. С одной стороны причиной яв-

ляется современный тем жизни, скорость информационных и жизненных изменений, рост технического прогресса, которые требуют от личности высоких адаптационных способностей. С другой стороны неудовлетворительные адаптационные свойства личности, которые являются свойствами психологического здоровья – дефицит развития психологического здоровья (Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2003).

Самостоятельной проблемой в современной клинической медицине и психологии является дефицит объективизированных критериев и инструмента оценки свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности. Крайне проблематичным в современной медицине и психологии является определение групп риска – выявления лиц, склонных к вовлечению в деструктивные и социально-опасные группы (Россинский Ю.А., 2008).

Ряд исследований посвящен изучению свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности, возможности диагностики и развития этих свойств (Катков А.Л., 1998, Россинский Ю.А., 2002-2003, Катков и соавт., 2003, Аманова Ж.Ш. и соавт., 2005, Бохан Н.А. и соавт., 2005). В диагностической и профилактической деятельности врача-психотерапевта, психолога важным является

инвентаризация этих свойств для определения уровня развития психологического здоровья личности. Ниже приводится дескриптивный анализ, свойства психологического здоровья – автономии / автономности. В частности приводятся поведенческие характеристики, свидетельствующие о полноценном развитии автономии/автономности, а также признаки дефицита данного свойства.

Признаки полноценного развития автономии/автономности

Основной чертой полноценного развития личностной автономии является приверженность к собственным мнениям, решениям, а также эмоциональная независимость от мнения родителей и других значимых взрослых. Данное свойство проявляется, как самостоятельность в решении жизненно-важных задач и принятии жизненно-важных решений и как наличие собственного мнения на все и способность обозначить свое мнение другим людям.

Признаки дефицита развития автономии/автономности

Признаки дефицита развития личностной автономии проявляются в недостаточной приверженности к собственным мнениям, решениям, а также склонность к эмоциональной зависимости от мнения других значимых лиц. Характерной особенностью является нерешительность и затруднения в ситуациях решения жизненно-важных задач и принятия жизненно-важных решений.

Признаки несформированности автономии/автономности

Основной чертой крайнего дефицита развития личностной автономии является отсутствие стойкой приверженности к собственным мнениям, решениям, а также эмоциональная зависимость от мнения других значимых лиц. Характерной особенностью таких лиц является несамостоятельность в решении жизненно-важных задач и принятии жизненно-важных решений.

Поведенческие индикаторы автономии/автономности у лиц в возрасте 9-18 лет

Признаки полноценного развития автономии/автономности у лиц в возрасте 9-18 лет

Такие дети легко для себя решают, с кем они хотят играть, с кем они хотят дружить, что им интересно в жизни, чего они хотят от жизни. Они самостоятельны, стремятся делать свою работу сами. Если они начали что-то делать, то они, как правило, доводят начатое дело до конца. Для успешного выполнения задания они не нуждаются в постоянном одобрении со стороны значимых других лиц (ЗДЛ).

Для таких детей присуще такое качество, как самоконтроль: их не нужно проверять и контролиро-

вать, им не нужно напоминать. Свой домашний угол или рабочее место (парта, стол), как правило, находится в порядке. Для успешного выполнения задания они не нуждаются в постоянном одобрении или контроле со стороны. В основном такие дети удовлетворяются результатами собственной целенаправленной деятельности. Даже если результаты не столь хороши или уступают результатам других, они не склонны расстраиваться и не фиксируются на неудачах. В ситуациях затруднения выполнения задания проявляют конструктивную настойчивость и стеничность. Способность планировать и ставить цели перед собой – является характерной чертой автономии. Они хорошо могут планировать деятельность, структурировать время и, как правило, все делают вовремя. Они, обычно, знают, что они будут делать на каникулах или в выходные дни; у них есть свой график или расписание своего времяпровождения. Часто такие дети берут на себя часть семейных обязательств по дому (убирать туалет за кошкой, выгуливать собаку, чистить аквариум или клетку, пылесосить или вытряхивать половики и т.п.) и делают это регулярно без напоминаний. Если они живут отдельно от родителей, то содержат в порядке место проживания.

Признаки дефицита развития автономии/автономности у лиц в возрасте 9-18 лет

Дети с дефицитом автономии нуждаются в советах со стороны ЗДЛ. Таким детям сложно принять какое-либо решение, легче отказаться от него. Они могут принять решение, если оно не предполагает ответственности, самостоятельности, оценки или, если это решение соответствует ранее положительному опыту. При принятии решения у них часто отмечается борьба мотивов «делать или не делать», и после принятия решения часто продолжают беспокоить тревога или сомнения типа «А правильно ли я поступил, что сделал это?». Поэтому, в ситуациях предполагающих принятие решения такие дети нуждаются в активной поддержке или отдают инициативу принятия решения другому человеку.

В целом такие дети достаточно самостоятельны. У них есть собственное мнение, но они нуждаются в одобрении этого мнения со стороны ЗДЛ. Для успешного выполнения задания они нуждаются в постоянном или регулярном положительном подкреплении или поощрении со стороны ЗДЛ. Они иногда не доводят начатое дело до конца, особенно часто в тех случаях, когда процесс выполнения задания вызывает затруднения, или ставит успех выполнения под сомнение. Однако, если дело им под силу или очень высокая заинтересованность они смогут довести дело до логического финала. Такие дети нуждаются в контроле, но лучше будут справляться с поставленной задачей, если будут выполнять это задание с кем-то. Для них мягкий контроль и поддержка самоэффективности со стороны ЗДЛ оказывают благоприятное воздействие. В то время, как жесткий контроль и кри-

тика со стороны ЗДЛ могут усилить демотивацию и в большей степени снизить интерес к делу. Такие дети могут планировать, но это планирование больше похоже на фантазии, т.к. зачастую проговариваемые ими планы не реализуются в жизни.

Признаки несформированности автономии/автономности у лиц в возрасте 9-18 лет

Такие дети при необходимости принимать самостоятельные решения или действовать самостоятельно переживают состояние дискомфорта, беспомощности и растерянности. Для них нехарактерно инициировать процесс какой-либо деятельности, и они не проявляют активности при выполнении порученного им задания. Они не могут планировать свою деятельность, структурировать свое время и, как правило, не доводят начатое дело до конца. У них нет четких представлений в отношении своих планов. Они не знают, что они будут делать на каникулах или в

выходные дни; у них нет графика или расписания своего времяпровождения. Для таких детей не характерен самоконтроль. Они склонны забывать свои обещания в отношении выполнения заданий и поручений, данных взрослыми, и нуждаются в контроле. Если прекращается контроль, то задание, как правило, будет не выполнено. Они неохотно выполняют обязанности по дому, забывают убирать свою комнату, ухаживать за животными, делать дела по дому и т.п. Если живут отдельно от родителей, то не поддерживают порядок там, где проживают. Учебный стол или рабочее место находятся, как правило, в беспорядке. Они не могут высказать или отстоять свое собственное мнение, особенно в дискуссии. Им сложно сказать, что они хотят делать и чего они не хотят делать; что им интересно и что им не интересно. Они испытывают затруднения, когда им приходится просить. Они легко отказываются от каких-либо предложений, предполагающих их самостоятельность.

Использованная и рекомендуемая литература:

1. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г. Выявление групп риска по наркологическому профилю среди подростков в возрасте 14-18 лет: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 54 с.
2. Ананьев Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека / Б.Г. Ананьев // Психология личности. – Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 7-95.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс / Пер. с англ. – М.: Изд-во «Прогресс», 1986. – 424 с.
4. Бохан Н.А., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающие подходы в лечении пограничных состояний, психосоматических расстройств и наркологических заболеваний (реабилитация, неоабилитация) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 1 (27). – С. 130-132.
5. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – 2005 – 288 с.
6. Катков А.Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения / А.Л. Катков. – Костанай, 1998. – 268 с.
7. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 26-41.
8. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 4. – С. 102-107.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003. – 267 с.
10. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 992 с.
11. Мясницев В.Н. Структура личности и отношение человека к действительности / В.Н. Мясницев // Психология личности. Хрестоматия. – Т.2. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 223-227.
12. Райс Ф.Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф.Ф. Райс. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – С. 40-41.
13. Россинский Ю.А. Клиническая интегративно-развивающая патогенетическая психотерапия невротических расстройств и зависимостей: Методические рекомендации. – Павлодар, 2002. – 44 с.
14. Россинский Ю.А. Психологическое, психическое и соматическое здоровье как аспекты интегрального здоровья и их значение в «пограничной» психиатрии и наркологии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 1. – С. 79-83.
15. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития антинаркотической устойчивости личности // Наркология. – 2003. – № 8. – С. 2-4.
16. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития свойств антинаркотической устойчивости личности / Ежемесячный научно-практический журнал «Психотерапия». – Москва, 2003. – № 7.

-
17. Россинский Ю. А. Взаимосвязи превалентных рисков наркомании с психологическим здоровьем // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2004. – Т. X, Специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии». – С. 92-94.
18. Россинский Ю.А. Диагностика и коррекция высоких поведенческих рисков среди детей и подростков // Материалы Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 3-5 мая 2008.
19. Хьелл Л. Теории личности (основные положения, исследования и применение) / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.
20. Эриксон Э.Г. Детство и общество. – Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
21. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности / Э. Эриксон // Психология личности. Хрестоматия. – Т. 1. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 305-348.
22. Юнг К. О становлении личности / К. Юнг // Психология личности. Хрестоматия. – Т.1. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 128-155.
23. Erikson E.H. Identity: Youth and crisis / E.H. Erikson. – New York: Norton, 1968.
24. Erikson E.H. Life cycle / E.H. Erikson // International Encyclopedia of the Social Sciences. – New-York: Crowell Collier & Macmillan, 1970. – V. 9. – P. 286-292.

УДК 159.9.018.6+159.99+613.86

СВОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ АДАПТИВНЫХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В ВОЗРАСТЕ 9-18 ЛЕТ: БАЗИСНОЕ ДОВЕРИЕ

Ю.А. Россинский

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), директор центра психотерапии и психологической поддержки (г. Павлодар)

В настоящий исторический период мировое общество столкнулось с проблемами неинфекционных социальных эпидемий таких, как алкоголизм, наркомания, суицидальное поведение, уход человека в деструктивные и социально-опасные группы (экстремистские группировки, секты и пр.). Актуальность указанных проблем с одной стороны определяется крайне важной социальной значимостью и ростом статистических показателей масштаба – с другой (Катков А.Л., 2011).

Современная личность не выдерживает агрессивных вызовов внешней социальной среды, не успевает за темпами изменений современной жизни. Неудовлетворительная психическая адаптация приводит к ухудшению качества жизни индивида, психологическим проблемам (экзистенциальное одиночество, anomia и пр.), психическим расстройствам (расстройства психической адаптации, нервно-психические расстройства, связанные со стрессом, аффективные расстройства настроения и пр.), а также таким социально-персоналогическим феноменам, как уход человека в секты, экстремистские группировки, уход в алкоголь, наркотики, самоубийство.

Можно выделить два причинных полюса вышеуказанных проблем. С одной стороны причиной является современный тем жизни, скорость информа-

ционных и жизненных изменений, рост технического прогресса, которые требуют от личности высоких адаптационных способностей. С другой стороны неудовлетворительные адаптационные свойства личности, которые являются свойствами психологического здоровья – дефицит развития психологического здоровья (Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2003).

Самостоятельной проблемой в современной клинической медицине и психологии является дефицит объективизированных критериев и инструмента оценки свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности. Крайне проблематичным в современной медицине и психологии является определение групп риска – выявления лиц, склонных к вовлечению в деструктивные и социально-опасные группы (Россинский Ю.А., 2008).

Ряд исследований посвящен изучению свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности, возможности диагностики и развития этих свойств (Катков А.Л., 1998, Россинский Ю.А., 2002-2003, Катков и соавт., 2003, Аманова Ж.Ш. и соавт., 2005, Бохан Н.А. и соавт., 2005). В диагностической и профилактической деятельности врача-психотерапевта, психолога важным является инвентаризация этих свойств для определения уровня развития психологического здоровья личности.

Ниже приводится дескриптивный анализ, свойства психологического здоровья – базисного доверия. В частности приводятся поведенческие характеристики, свидетельствующие о полноценном развитии базисного доверия, а также признаки дефицита данного свойства.

Признаки полноценного развития базисного доверия

Характерным признаком полноценного развития базисного доверия является доверие к миру и людям, как основная жизненная позиция, что проявляется в следующем восприятии себя и окружающих: «Я – хороший и ты – хороший». Базисное доверие является основой формирования и развития такого личностного свойства, как способность надеяться, определяющего силу надежды и веры человека.

Признаки дефицита развития базисного доверия

Признаками дефицита базисного доверия – являются проблема амбивалентного отношения к миру: с одной стороны – доверие к миру и людям в целом, стремление к контактам, отношениям. А с другой стороны – сомнения в том, что окружающий мир и люди по-доброму настроены и стремление дистанцироваться от близких отношений. Основная жизненная позиция таких людей – «доверяй, но проверяй», и это проявляется в склонности к переживанию сомнений, как в отношении самого себя (склонность к неуверенности), так и к другим людям (склонность к недоверию).

Признаки базисного недоверия

Основной чертой базисного недоверия является недоверие и негативная установка к миру и людям в целом и в частности. Основная жизненная позиция таких людей – недоверие к миру и людям, что проявляется в следующем восприятии себя и окружающих: «Я – хороший, ты – плохой» или «Я – плохой и ты – плохой».

Поведенческие индикаторы базисного доверия у лиц в возрасте 9-18 лет

Признаки полноценного развития базисного доверия у лиц в возрасте 9-18 лет

Такие дети, подростки уже воспринимают как жизненный факт то, что «В мире гораздо больше хороших и добрых людей, чем плохих и злых». Они открыты миру, общению и доверчивы. Такие дети достаточно быстро и легко идут на контакт с новыми людьми, адаптируются в новой или незнакомой ситуации. Они легко заводят друзей. У таких детей/подростков, как правило, много друзей. Они умеют дружить. Им интересны интерактивные игры, они тянутся к общению с другими детьми. «Умеют хорошо играть с другими сверстниками». Для таких детей в меньшей степени или вовсе не характерен эго-

центризм: они легко делятся вниманием со стороны взрослых и сверстников с другими детьми; безболезненно делятся своими игрушками; «умеют просить и умеют давать». Легко берут на себя роль лидера, также легко принимают роль лидера со стороны другого ребенка, сверстника. Тип лидерства «равный-равному». Могут доверять свои секреты друзьям. Делятся с родителями и близкими друзьями о том, что их беспокоит. Легко просят о помощи и легко откликаются на просьбу о помощи. Редко ссорятся со сверстниками, и сами редко являются инициатором ссоры. В ссоре чаще первыми идут на примирение. Если обижаются, то легко забывают, «не помнят зла». Для них характерна способность сохранять спокойствие и уравновешенное поведение в критических или напряженных ситуациях и верить, что все будет хорошо. Для таких детей характерно спокойное, адекватное реагирование на критику или замечания со стороны, как взрослых, так и сверстников. Они любят шутки, юмор и не обижаются на розыгрыши. Умеют сами шутить.

Признаки дефицита развития базисного доверия у лиц в возрасте 9-18 лет

Для лиц данной возрастной группы признаками дефицита базисного доверия являются следующие поведенческие особенности. Такие дети/подростки испытывают затруднение в новой, незнакомой обстановке или при знакомстве с новыми людьми. Им нужно больше времени, чтобы освоиться. Но если они принимают дружбу, то становятся хорошими друзьями. Они привязываются к тем, кого приняли в друзья и нередко зависят от их мнения. Они для сохранения дружеских отношений готовы заслуживать дружбу: дарить подарки (свои игрушки, вещи). Часто в дружбе принимают субдоминантную роль, нуждаются в поддержке со стороны значимых других лиц (ЗДЛ). В целом эти дети открыты миру и общению. Однако они теряют уверенность в прочности добрых отношений, особенно в ситуациях кризиса и/или конфликта. Если ссорятся, то сильно или мучительно переживают ссору. Такие дети постоянно нуждаются в подкреплении своей уверенности в плане доброго отношения к ним со стороны окружающих. Они тянутся к интерактивным играм, общению со сверстниками, но не берут на себя инициативу самостоятельного вхождения в группу. Легче принимают приглашение к дружбе со стороны. Если принимают роль лидера, то сохраняют принцип «равный – равному». Они могут доверять свои секреты близким друзьям. Близким друзьям зачастую доверяют больше чем родителям, особенно «интимные секреты» (любовь, дружба, чувства). В критической или эмоционально-сложной ситуации склонны к неуверенности, пессимистической оценке будущего развития событий, преувеличению негативных последствий и, как результат, потере самообладания и эмоционального равновесия. Но если ситуация бла-

гополучно разрешается, то они достаточно быстро восстанавливают свое эмоциональное равновесие. На замечание и критику реагируют внешне спокойно, но болезненно со склонностью переживания обиды и вины. Замечание могут принять за упрек или порицание. В целом они принимают юмор, шутки, но чувствительны и ранимы к шуткам и замечаниям в их собственный адрес.

Признаки базисного недоверия у лиц в возрасте 9-18 лет

Такие дети/подростки уже воспринимают как жизненный факт то, что «В мире гораздо больше плохих людей, чем хороших». Они плохо или с трудом адаптируются в новой или незнакомой ситуации, неохотно идут на контакт с новыми людьми. Они подозрительны, недоверчивы и закрыты от мира и общения. С трудом доверяют свои секреты или вовсе не могут делиться секретами с другими, даже с родителями и сибсами (братьями/сестрами). Они не умеют играть/ладить с другими детьми, дружить с другими сверстниками. Нередко во время игр или дружбы ссорятся, часто сами являются инициаторами ссоры. Для таких детей характерен эгоцентризм: они с трудом делят внимание со стороны взрослых и сверстников с другими детьми; борются за внимание и статус «фаворита», не любят делиться своими ценностями (вещами, игрушками и пр.). Они не могут просить о помощи и не принимают помощь со стороны: «не умеют

просить и не умеют давать». Сверстники часто говорят про таких детей, что они жадные.

В ссоре, с трудом идут на примирение и, как правило, не идут на примирение первыми. С трудом прощают обиды, «застревают на обидах»: считают, что с ними поступили несправедливо или «обидели их больше». Такие дети/подростки склонны к доминированию в общении. В общении, играх стараются навязать свою стратегию, свои правила. Не принимают «чужих» правил. Тип лидерства – «командир» или «властный руководитель». Они болезненно и неадекватно реагируют на критику и замечания. Критику или замечание расценивают, как факт нелюбви или несправедливости по отношению к ним или как упрек, порицание. Критическое замечание или шутка в их адрес могут спровоцировать конфликт или обиду на всю жизнь. Они не понимают юмор и сами не любят и не могут шутить. А если шутят, то часто обижают других детей своими шутками. Они склонны к маркированию – навязыванию негативных ярлыков партнерам по общению. Они легко выходят из эмоционального равновесия и теряют самообладание в кризисных или конфликтных ситуациях. В критической или эмоционально-сложной ситуации, они не могут сохранять спокойствие и уравновешенное поведение, быстро и легко отчаиваются, пессимистически преувеличивают тяжесть последствий. Если такой ребенок расстроился, он дольше, чем другие восстанавливает свое эмоциональное равновесие.

Использованная и рекомендуемая литература:

1. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г. Выявление групп риска по наркологическому профилю среди подростков в возрасте 14-18 лет: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 54 с.
2. Ананьев Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека / Б.Г. Ананьев // Психология личности. – Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 7-95.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс / Пер. с англ. – М.: Изд-во «Прогресс», 1986. – 424 с.
4. Бохан Н.А., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающие подходы в лечении пограничных состояний, психосоматических расстройств и наркологических заболеваний (реабилитация, неоабилитация) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 1 (27). – С. 130-132.
5. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – 2005 – 288 с.
6. Катков А.Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения / А.Л. Катков. – Костанай, 1998. – 268 с.
7. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Концепция психического здоровья – антинаркотической устойчивости // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 26-41.
8. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 4. – С. 102-107.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003. – 267 с.
10. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 992 с.
11. Мясищев В.Н. Структура личности и отношение человека к действительности / В.Н. Мясищев // Психология личности. Хрестоматия. – Т.2. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 223-227.
12. Райс Ф.Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф.Ф. Райс. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – С. 40-41.

-
-
13. Россинский Ю.А. Клиническая интегративно-развивающая патогенетическая психотерапия неврологических расстройств и зависимостей: Методические рекомендации. – Павлодар, 2002. – 44 с.
 14. Россинский Ю.А. Психологическое, психическое и соматическое здоровье как аспекты интегрального здоровья и их значение в «пограничной» психиатрии и наркологии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 1. – С. 79-83.
 15. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития антинаркотической устойчивости личности // Наркология. – 2003. – № 8. – С. 2-4.
 16. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития свойств антинаркотической устойчивости личности / Ежемесячный научно-практический журнал «Психотерапия». – Москва, 2003. – № 7.
 17. Россинский Ю. А. Взаимосвязи превалентных рисков наркомании с психологическим здоровьем // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2004. – Т. X, Специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии». – С. 92-94.
 18. Россинский Ю.А. Диагностика и коррекция высоких поведенческих рисков среди детей и подростков // Материалы Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 3-5 мая 2008.
 19. Хьелл Л. Теории личности (основные положения, исследования и применение) / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.
 20. Эриксон Э.Г. Детство и общество. – Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
 21. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности / Э. Эриксон // Психология личности. Хрестоматия. – Т. 1. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 305-348.
 22. Юнг К. О становлении личности / К. Юнг // Психология личности. Хрестоматия. – Т.1. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 128-155.
 23. Erikson E.H. Identity: Youth and crisis / E.H. Erikson. – New York: Norton, 1968.
 24. Erikson E.H. Life cycle / E.H. Erikson // International Encyclopedia of the Social Sciences. – New-York: Crowell Collier & Macmillan, 1970. – V. 9. – P. 286-292.

УДК 159.9.018.6+159.99+613.86

СВОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ АДАПТИВНЫХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ: ИНИЦИАТИВА/ИНИЦИАТИВНОСТЬ

Ю.А. Россинский

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), директор центра психотерапии и психологической поддержки (г. Павлодар)

В настоящий исторический период мировое общество столкнулось с проблемами неинфекционных социальных эпидемий таких, как алкоголизм, наркомания, суицидальное поведение, уход человека в деструктивные и социально-опасные группы (экстремистские группировки, секты и пр.). Актуальность указанных проблем с одной стороны определяется крайне важной социальной значимостью и ростом статистических показателей масштаба – с другой (Катков А.Л., 2011).

Современная личность не выдерживает агрессивных вызовов внешней социальной среды, не успевает за темпами изменений современной жизни. Неудовлетворительная психическая адаптация приводит к ухудшению качества жизни индивида, психологическим проблемам (экзистенциальное оди-

ночество, anomia и пр.), психическим расстройствам (расстройства психической адаптации, нервно-психические расстройства, связанные со стрессом, аффективные расстройства настроения и пр.), а также таким социально-персоналогическим феноменам, как уход человека в секты, экстремистские группировки, уход в алкоголь, наркотики, самоубийство.

Можно выделить два причинных полюса вышеуказанных проблем. С одной стороны причиной является современный тем жизни, скорость информационных и жизненных изменений, рост технического прогресса, которые требуют от личности высоких адаптационных способностей. С другой стороны неудовлетворительные адаптационные свойства личности, которые являются свойствами психологичес-

кого здоровья – дефицит развития психологического здоровья (Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2003).

Самостоятельной проблемой в современной клинической медицине и психологии является дефицит объективизированных критериев и инструмента оценки свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности. Крайне проблематичным в современной медицине и психологии является определение групп риска – выявления лиц, склонных к вовлечению в деструктивные и социально-опасные группы (Россинский Ю.А., 2008).

Ряд исследований посвящен изучению свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности, возможности диагностики и развития этих свойств (Катков А.Л., 1998, Россинский Ю.А., 2002-2003, Катков и соавт., 2003, Аманова Ж.Ш. и соавт., 2005, Бохан Н.А. и соавт., 2005). В диагностической и профилактической деятельности врача-психотерапевта, психолога важным является инвентаризация этих свойств для определения уровня развития психологического здоровья личности. Ниже приводится дескриптивный анализ, свойства психологического здоровья – инициативы/инициативности. В частности приводятся поведенческие характеристики, свидетельствующие о полноценном развитии инициативы/инициативности, а также признаки дефицита данного свойства.

Признаки полноценного развития инициативности

Основной чертой полноценного развития такого личностного свойства, как инициативность/инициатива, является внутреннее побуждение к новым формам деятельности, предприимчивость и руководящая роль в каких-либо действиях. Также важной характеристикой этого свойства, является энтузиазм. Такие люди легко, добровольно и самостоятельно находят виды и формы деятельности для проявления и реализации своего энтузиазма.

Признаки дефицита развития инициативности

Характерной чертой дефицита такого свойства, как инициатива, является то, что при достаточно развитой целенаправленности возможен недостаток стремления в достижении целей и недостаточный энтузиазм.

Признаки несформированности инициативности

Основной чертой несформированности или крайнего дефицита такого личностного свойства, как инициативность/инициатива, является отсутствие внутренних побуждающих мотивов к новым формам деятельности, отсутствие предприимчивости и руководящей роли в каких-либо действиях, неспособность инициировать творческий процесс. Внешне это проявляется, как застенчивость, робость и нерешительность.

Поведенческие индикаторы инициативности у лиц в возрасте 9-18 лет

Признаки полноценного развития инициативности у лиц в возрасте 9-18 лет

Основной чертой данного свойства у лиц данного возраста – это яркая выраженность познавательных потребностей и способность инициировать творческий процесс. Такие дети любят экспериментировать, постоянно что-нибудь придумывают. Для них характерны широкий круг общения и разносторонность интересов. Они легко инициируют процесс активной деятельности, принимаются за дело без колебаний и сомнений. В связи с этим часто берут на себя роль лидера. Легко заводят друзей. Про них часто говорят, что «Он / она – душа компании». С такими детьми, как правило, не бывает скучно. У них, как правило, много друзей и широкий круг знакомств. Они, как правило, не отличаются застенчивостью или «стеснительностью». Напротив, для них часто характерно самовыдвижение. Они быстро берут инициативу в свои руки, особенно если нужно что-то придумать, разработать какой-либо сценарий или подготовить школьный вечер. Они увлекаются творческими процессами и с удовольствием «творят» и «любят свое дело».

Признаки дефицита развития инициативности у лиц в возрасте 9-18 лет

Такие дети испытывают трудности, когда им нужно начать что-либо делать. Они склонны откладывать дела «на потом». Могут забывать или «не успевать» делать намеченные дела (уроки и пр.), исполнять домашние обязанности. Для инициации какого-либо процесса нуждаются в стимуляции и контроле извне. Эти дети не имеют много друзей, но они могут дружить. В дружбе им уготованы вторые (субдоминантные) роли. Для них нехарактерна роль лидера, и они легко принимают роль «второго» или «исполнителя». Если их принимают в друзья, они нередко становятся приверженцами группы/дружбы. Они могут проявлять инициативу, если это касается повседневной жизни или ситуаций, входящих в уже имеющийся жизненный опыт. Но они испытывают затруднения, если нужно что-либо инициировать в группе, в присутствии наблюдателей (экспертов). Они не отказываются от соучастия в процессе инициации творческого действия. Они в большей степени наблюдают со стороны или помогают лидерам, но не выпадают из группового процесса.

Признаки несформированности инициативности у лиц в возрасте 9-18 лет

Для таких детей нехарактерен энтузиазм, а характерен выраженный дефицит целеустремлений. Про них нередко говорят: «Мой ребенок какой-то ленивый», «Он ничего не хочет делать сам», «Он ничего не делает, пока его не заставишь». Они не могут зая-

вить о себе, особенно в ситуациях, где нужно взять на себя роль лидера или в ситуациях, которые предполагают ответственность, контроль, оценку. Эти дети, как правило, имеют ограниченный круг друзей. В связи с тем, что они крайне редко проявляют свою активность в группе, предполагающую общую групповую активность (творческие задания, игры) их «не замечают» другие дети. В ситуации распределения ролей или заданий в группе, они предпочитают оставаться в тени, быть незаметными. Про них можно сказать: «У него/нее плохо получается играть с другими детьми». Сами они, как правило, ничего

не придумывают, ничего не предлагают. У них большие проблемы с самоконтролем. Даже, если им поручить или делегировать фрагмент групповой работы, они плохо справляются с заданием. Они, как правило, плохо учатся, плохо справляются с выполнением домашнего задания. Не любят поручений. Плохо справляются с обязанностями по дому. Даже контроль со стороны не всегда является эффективным. Могут принимать на себя роль «белой вороны» или «козла отпущения» Могут попадать под чужое влияние. Опасно, если это влияние оказывает негативный лидер.

Использованная и рекомендуемая литература:

1. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г. Выявление групп риска по наркологическому профилю среди подростков в возрасте 14-18 лет: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 54 с.
2. Ананьев Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека / Б.Г. Ананьев // Психология личности. – Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 7-95.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс / Пер. с англ. – М.: Изд-во «Прогресс», 1986. – 424 с.
4. Бохан Н.А., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающие подходы в лечении пограничных состояний, психосоматических расстройств и наркологических заболеваний (реабилитация, неоабилитация) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 1 (27). – С. 130-132.
5. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – 2005 – 288 с.
6. Катков А.Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения / А.Л. Катков. – Костанай, 1998. – 268 с.
7. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 26-41.
8. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 4. – С. 102-107.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003. – 267 с.
10. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 992 с.
11. Мясницев В.Н. Структура личности и отношение человека к действительности / В.Н. Мясницев // Психология личности. Хрестоматия. – Т.2. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 223-227.
12. Райс Ф.Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф.Ф. Райс. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – С. 40-41.
13. Россинский Ю.А. Клиническая интегративно-развивающая патогенетическая психотерапия невротических расстройств и зависимостей: Методические рекомендации. – Павлодар, 2002. – 44 с.
14. Россинский Ю.А. Психологическое, психическое и соматическое здоровье как аспекты интегрального здоровья и их значение в «пограничной» психиатрии и наркологии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 1. – С. 79-83.
15. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития антинаркотической устойчивости личности // Наркология. – 2003. – № 8. – С. 2-4.
16. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития свойств антинаркотической устойчивости личности / Ежемесячный научно-практический журнал «Психотерапия». – Москва, 2003. – № 7.
17. Россинский Ю. А. Взаимосвязи превалентных рисков наркомании с психологическим здоровьем // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2004. – Т. X, Специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии». – С. 92-94.
18. Россинский Ю.А. Диагностика и коррекция высоких поведенческих рисков среди детей и подростков // Материалы Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 3-5 мая 2008.

-
-
19. Хьелл Л. Теории личности (основные положения, исследования и применение) / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.
20. Эриксон Э.Г. Детство и общество. – Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
21. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности / Э. Эриксон // Психология личности. Хрестоматия. – Т. 1. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 305-348.
22. Юнг К. О становлении личности / К. Юнг // Психология личности. Хрестоматия. – Т.1. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 128-155.
23. Erikson E.H. Identity: Youth and crisis / E.H. Erikson. – New York: Norton, 1968.
24. Erikson E.H. Life cycle / E.H. Erikson // International Encyclopedia of the Social Sciences. – New-York: Crowell Collier & Macmillan, 1970. – V. 9. – P. 286-292.

УДК 159.9.018.6+159.99+613.86

СВОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ АДАПТИВНЫХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ: УВЕРЕННОСТЬ

Ю.А. Россинский

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), директор центра психотерапии и психологической поддержки (г. Павлодар)

В настоящий исторический период мировое общество столкнулось с проблемами неинфекционных социальных эпидемий таких, как алкоголизм, наркомания, суицидальное поведение, уход человека в деструктивные и социально-опасные группы (экстремистские группировки, секты и пр.). Актуальность указанных проблем с одной стороны определяется крайне важной социальной значимостью и ростом статистических показателей масштаба – с другой (Катков А.Л., 2011).

Современная личность не выдерживает агрессивных вызовов внешней социальной среды, не успевает за темпами изменений современной жизни. Неудовлетворительная психическая адаптация приводит к ухудшению качества жизни индивида, психологическим проблемам (экзистенциальное одиночество, anomia и пр.), психическим расстройствам (расстройства психической адаптации, нервно-психические расстройства, связанные со стрессом, аффективные расстройства настроения и пр.), а также таким социально-персоналистическим феноменам, как уход человека в секты, экстремистские группировки, уход в алкоголь, наркотики, самоубийство.

Можно выделить два причинных полюса вышеуказанных проблем. С одной стороны причиной является современный темп жизни, скорость информационных и жизненных изменений, рост технического прогресса, которые требуют от личности высоких адаптационных способностей. С другой стороны неудовлетворительные адаптационные свойства личности, которые являются свойствами психологичес-

кого здоровья – дефицит развития психологического здоровья (Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2003).

Самостоятельной проблемой в современной клинической медицине и психологии является дефицит объективизированных критериев и инструмента оценки свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности. Крайне проблематичным в современной медицине и психологии является определение групп риска – выявления лиц, склонных к вовлечению в деструктивные и социально-опасные группы (Россинский Ю.А., 2008).

Ряд исследований посвящен изучению свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности, возможности диагностики и развития этих свойств (Катков А.Л., 1998, Россинский Ю.А., 2002-2003, Катков и соавт., 2003, Аманова Ж.Ш. и соавт., 2005, Бохан Н.А. и соавт., 2005). В диагностической и профилактической деятельности врача-психотерапевта, психолога важным является инвентаризация этих свойств для определения уровня развития психологического здоровья личности. Ниже приводится дескриптивный анализ, свойства психологического здоровья – уверенности. В частности приводятся поведенческие характеристики, свидетельствующие о полноценном развитии уверенности, а также признаки дефицита данного свойства.

Признаки полноценного развития уверенности

Основной чертой полноценного развития личностной уверенности у людей является вера и убежденность в том, что он поступает правильно, как в жизни, так и в момент конкретного действия и само-

уверенность. Самоуверенность проявляется в адекватной самооценке и позитивной оценке индивида собственных навыков и способностей как достаточных для достижения значимых для него целей и удовлетворения его потребностей. Также самоуверенность характеризуется способностью в любой момент, в любой ситуации управлять своим состоянием, восприятием, внутренним согласием, а также убежденностью в том, что эта способность присутствует в необходимом объеме.

Признаки дефицита развития уверенности

Признаком дефицита личностной уверенности у людей является сомнение в том, что он поступает правильно, как в жизни, так и в момент конкретного действия и самоуверенность. Самоуверенность как способность управлять своим состоянием, восприятием, внутренним согласием, а также убежденностью в том, что эта способность присутствует в необходимом объеме, являются ситуативными. Это проявляется в некоторой неуверенности и сомнении, излишней осторожности в ситуациях принятия решений, инициации целенаправленной деятельности, выполнения задания.

Признаки несформированности уверенности

Основной чертой явного дефицита личностной уверенности является отсутствие самоуверенности и отсутствие веры и убежденности в том, что он поступает правильно, как в жизни, так и в момент конкретного действия. Это проявляется в неуверенности в ситуациях принятия решений, инициации целенаправленной деятельности, выполнения задания.

Поведенческие индикаторы уверенности у лиц в возрасте 9-18 лет

Признаки полноценного развития уверенности у лиц в возрасте 9-18 лет

Такие дети, подростки легко и однозначно говорят о своих намерениях, о том, что они хотят делать и чего они не хотят делать; что им интересно и что им не интересно. Они не испытывают затруднений когда просят для себя или для кого-либо, а также когда отказывают. Они могут отстаивать свою точку зрения, независимо от того, кто их оппонент – взрослый или сверстник. Если они не согласны с замечанием со стороны взрослых, они открыто говорят об этом. Выражение своего несогласия, как правило, проявляется в спокойной, но уверенной эмоциональной форме, но может приобретать и категорические формы. Когда они не соглашаются, внешне создается впечатление, что для них не существует авторитетов. Однако, критическая оценка со стороны взрослых, как и наказание для них значимы, но не воспринимаются как враждебные или катастрофические. Такие лица не склонны к переживанию чувства стыда, вины и сомнений, если нет на то объективной

или серьезной причины. Они не смущаются и не испытывают дискомфорта в ситуациях, связанных с творческим самовыражением на публике (пение, декларация стихов, игра на музыкальном инструменте и т.п.). Они не переживают, правильно ли они поют, им важно, что они поют громко. Для выполнения задания они не нуждаются в поощрении или положительной оценке со стороны значимых других лиц (ЗДЛ). Даже если им указывают на то, что они что-то делают не так, они склонны продолжать выполнять задание, двигаться к намеченной цели.

Признаки дефицита развития уверенности у лиц в возрасте 9-18 лет

Характерной чертой дефицита уверенности – является переживание эмоциональных затруднений в ситуации, когда им нужно попросить для себя что-либо или отказать кому-либо. Такие дети если не согласны с замечанием со стороны сверстников или взрослых, то они испытывают затруднение в выражении этого несогласия, особенно, если это взрослые ЗДЛ. Однако, они могут выражать свое несогласие, но для этого им также необходима поддержка со стороны ЗДЛ или восприятие окружающей обстановки, как безопасной. В случае авторитетного или морального давления, такие дети могут уступить свою точку зрения. Мнение авторитета для них очень важно. Хотя в ситуации отстаивания собственного мнения они часто эмоционально срываются, гnevаются, раздражаются. Но это раздражение и гнев, скорее свидетельствует о внутренней неуверенности. В ситуациях выбора, они нередко переживают борьбу мотивов и тревожные опасения. Это может приводить к отказу самостоятельного решения, чаще, если последствия этого решения выходят за рамки уже имеющегося жизненного опыта. Они не проявляют особой активности при самостоятельном выборе задания в ситуации распределении этих заданий учителем/наставником. Но если задание предлагается учителем/наставником, они его принимают и включаются в активность. Про таких детей часто говорят: «Он/она не лидер, но старается», «У него/нее хорошие способности, но их все время нужно подстегивать». Такие дети не склонны рисковать. Они испытывают дискомфорт, если им делают замечания. Когда им делают замечание, могут это принять за порицание «меня ругают». Для таких детей не характерна роль лидера, хотя в сформировавшейся группе друзей могут стать лидером.

Признаки несформированности уверенности у лиц в возрасте 9-18 лет

Такие дети в группе сверстников, как правило, не иницируют процесс активной деятельности, зависимы от мнения лидера и ведомы им. Для них характерен конформный тип поведения. Часто принимают роль «козла отпущения» или «мальчика для битья». Они не проявляют активности при выборе за-

дания в ситуации распределении этих заданий учителем, стараются избежать предложений индивидуальных заданий со стороны учителя или взрослых. Про таких детей часто говорят: «Он/она ничего не хочет», «Сам/сама ничего не сделает, пока не заставишь». В незнакомых ситуациях они легко смущаются. Также смущаются в ситуации общения со сверстниками противоположного пола. Мальчики, например, особенно стараются избегать общения с девочками, которые им нравятся и в разговорах с однополовыми сверстниками активно отрицают свои чувства. Также явно переживают смущение в ситуациях, связанных с творческим самовыражением на публике (пение, декларация стихов, игра на музыкальном инструменте и т.п.). В ситуациях выбора, они практически постоянно переживают борьбу мотивов и высокий уровень тревоги. Это приводит к

тому, что они, как правило, отказываются от самостоятельного принятия решения. Они испытывают затруднения при ответах у доски. Часто вместо ответа просто молчат и попытка заставить такого ученика отвечать, только усугубляет его молчание. У них явно выражена склонность к переживанию чувства стыда, вины и сомнений. Для них вовсе нехарактерно поведение, которое связано с осознанием риска или наказания. Такие дети/подростки боятся замечаний, критики и наказаний. Склонны оправдываться и сами себя наказывать, особенно если они сопричастны к неуспешному выполнению задания или «неправильному» поведению. При неуспешном выполнении группового задания склонны переживать больше чем остальные дети и винить себя или обстоятельства. Попытка обвинить обстоятельства, вероятно, связана со страхом наказания.

Использованная и рекомендуемая литература:

1. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г. Выявление групп риска по наркологическому профилю среди подростков в возрасте 14-18 лет: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 54 с.
2. Ананьев Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека / Б.Г. Ананьев // Психология личности. – Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 7-95.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс / Пер. с англ. – М.: Изд-во «Прогресс», 1986. – 424 с.
4. Бохан Н.А., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающие подходы в лечении пограничных состояний, психосоматических расстройств и наркологических заболеваний (реабилитация, неоабилитация) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 1 (27). – С. 130-132.
5. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – 2005 – 288 с.
6. Катков А.Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения / А.Л. Катков. – Костанай, 1998. – 268 с.
7. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 26-41.
8. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 4. – С. 102-107.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003. – 267 с.
10. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 992 с.
11. Мясницев В.Н. Структура личности и отношение человека к действительности / В.Н. Мясницев // Психология личности. Хрестоматия. – Т.2. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 223-227.
12. Райс Ф.Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф.Ф. Райс. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – С. 40-41.
13. Россинский Ю.А. Клиническая интегративно-развивающая патогенетическая психотерапия невротических расстройств и зависимостей: Методические рекомендации. – Павлодар, 2002. – 44 с.
14. Россинский Ю.А. Психологическое, психическое и соматическое здоровье как аспекты интегрального здоровья и их значение в «пограничной» психиатрии и наркологии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 1. – С. 79-83.
15. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития антинаркотической устойчивости личности // Наркология. – 2003. – № 8. – С. 2-4.
16. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития свойств антинаркотической устойчивости личности / Ежемесячный научно-практический журнал «Психотерапия». – Москва, 2003. – № 7.

17. Россинский Ю. А. Взаимосвязи превалентных рисков наркомании с психологическим здоровьем // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2004. – Т. X, Специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии». – С. 92-94.

18. Россинский Ю.А. Диагностика и коррекция высоких поведенческих рисков среди детей и подростков // Материалы Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 3-5 мая 2008.

19. Хьелл Л. Теории личности (основные положения, исследования и применение) / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.

20. Эриксон Э.Г. Детство и общество. – Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.

21. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности / Э. Эриксон // Психология личности. Хрестоматия. – Т. 1. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 305-348.

22. Юнг К. О становлении личности / К. Юнг // Психология личности. Хрестоматия. – Т.1. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 128-155.

23. Erikson E.H. Identity: Youth and crisis / E.H. Erikson. – New York: Norton, 1968.

24. Erikson E.H. Life cycle / E.H. Erikson // International Encyclopedia of the Social Sciences. – New-York: Crowell Collier & Macmillan, 1970. – V. 9. – P. 286-292.

УДК 159.9:61

ДИФФУЗНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ В ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ

Н.Ф. Фесенко

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

Идентичность (от лат. *identicus* – тождественный, одинаковый) – есть осознание своей принадлежности к той или иной социально-личностной позиции в рамках социальных ролей и эго-состояний. Идентичность, с точки зрения психосоциального подхода (Э. Эриксон), является своего рода эпицентром жизненного цикла каждого человека. Она оформляется в качестве психологического конструкта в подростковом возрасте и от ее качественных характеристик зависит функциональность личности во взрослой самостоятельной жизни. Идентичность обуславливает способность индивида к ассимиляции личностного и социального опыта и поддержанию собственной цельности и субъектности в подверженном изменениям внешнем мире. Данная структура формируется в процессе интеграции и реинтеграции на интрапсихическом уровне результатов разрешения базисных психосоциальных кризисов, каждый из которых соответствует определенной возрастной стадии развития личности. В случае позитивного разрешения того или иного кризиса, индивид обретает специфическую эго-силу, не только обуславливающую функциональность личности, но и способствующую ее дальнейшему развитию. В противном случае возникает специфическая форма отчуждения – своеобразный «вклад» в спутанность идентичности.

Эрик Эриксон, определяя идентичность, описывает ее в нескольких аспектах, а именно:

- индивидуальность – осознанное ощущение собственной уникальности и собственного отдельного существования;
- тождественность и целостность – ощущение внутренней тождественности, непрерывности между тем, чем человек был в прошлом и чем обещает стать в будущем; ощущение того, что жизнь имеет согласованность и смысл;
- единство и синтез – ощущение внутренней гармонии и единства, синтез образов себя и детских идентификаций в осмысленное целое, которое рождает ощущение гармонии;
- социальная солидарность – ощущение внутренней солидарности с идеалами общества и подгруппы в нем, ощущение того, что собственная идентичность имеет смысл для уважаемых данным человеком людей (референтной группы) и что она соответствует их ожиданиям.

Э. Эриксон выделяет два взаимозависимых понятия – групповая идентичность и эго-идентичность. Групповая идентичность формируется благодаря тому, что с первого дня жизни воспитание ребенка ориентировано на включение его в данную соци-

альную группу, на выработку присущего данной группе мироощущения. Эго-идентичность формируется параллельно с групповой идентичностью и создает у субъекта чувство устойчивости и непрерывности своего «Я» несмотря на те изменения, которые происходят с человеком в процессе его роста и развития [5].

Формирование *эго-идентичности* или, иначе говоря, целостности личности продолжается на протяжении всей жизни человека и проходит ряд стадий.

Вхождение в современную сложную как социальную, так и в производственном плане жизнь, требует отдельного периода психологического развития, где происходит, прежде всего, становление идентичности. Если ставить вопрос о развитии личности, построения индивидуальной картины мира, когнитивном уровне мышления, познании себя, обретения зрелости, то правомерно рассмотреть именно тот жизненный период, когда формируются данные сферы личности. Сложность точно определить возраст вхождения во взрослость связана с наличием большого количества возрастных классификаций. «Возраст взросления» с психологической точки зрения разные авторы оценивают в промежуточном периоде от 12-14 до 20-24 лет. Х. Ремшмидт характеризует этот возраст как «совокупность индивидуальных процессов, связанных с переживанием соматических изменений, с необходимостью адаптации к ним, совладания с ними, а также социальными реакциями на них». При этом психосоциальные факторы вступают в действие постольку, поскольку в каждом обществе существуют более или менее точные представления о том, что такое детство и взрослый статус [4].

Наибольшее применение находит статусная модель идентичности, предложенная Дж. Марсиа, который определил идентичность как «структуру эго – внутреннюю самосоздающуюся динамическую организацию потребностей, способностей, убеждений и индивидуальной истории».

Для операционализации понятия идентичности он выдвинул предположение, что данная гипотетическая структура проявляется феноменологически через наблюдаемые паттерны «решения проблем». Решение каждой, даже незначительной, жизненной проблемы вносит определенный вклад в достижение идентичности. По мере принятия все более разнообразных решений относительно себя и своей жизни развивается структура идентичности, повышается осознание своих сильных и слабых сторон, целенаправленности и осмысленности своей жизни. Дж. Марсиа (1966) выделил четыре статуса идентичности (диффузная, предрешенная, мораторий, достигнутая), которые могут также выступать и как стадии развития идентичности. Необходимым условием для формирования идентичности Дж. Марсиа считал определение индивида в трех основных сферах: профессии, религии, политике (последние две

составляют сферу идеологии). Кроме того, важными теоретическими предпосылками в приписывании того или иного статуса идентичности личности остаются осуществление выбора в значимых сферах (и пережитый в связи с этим кризис) и принятие на себя известных обязательств. Термин «кризис» относится к тому периоду больших усилий в жизни человека, когда он раздумывает, какую выбрать карьеру и каким убеждениям и ценностям стоит следовать в жизни. Принятие обязательств предполагает принятие твердых решений относительно выбора профессии и идеологии, а также выработку целевых стратегий для реализации принятых решений (Дж. Марсиа, 1966).

Опубликованные исследования, в которых изучались проявления статусов идентичности, позволяют выделить несколько основных критериев каждого из них:

1. Наличие/отсутствие обязательств, принятых ценностей, ролевых моделей, и в связи с этим та или иная степень зависимости от мнения значимых сверстников и взрослых, в том числе и родителей.
2. Успешность в преодолении кризиса выбора альтернатив и определения в личностных, профессиональных и социальных ориентациях, а также вообще наличие такого кризиса.
3. Устойчивость в целеполагании и мотивации деятельности, самостоятельность в принятии решений и ответственность за их последствия [1].

Под *достигнутой идентичностью* понимают статус идентичности, которым обладает человек, сформировавший определенную совокупность личностно значимых для него целей, ценностей и убеждений, переживающий их как личностно значимые, обеспечивающие ему чувство направленности и осмысленности жизни. Репрезентацией достигнутой идентичности является позитивное самоотношение, при положительном оценивании собственных качеств и стабильной связи с социумом, а также полной координации механизмов идентификации и обособления.

Критериями позитивной (зрелой) достигнутой идентичности являются:

- а) представление о том, что личность, характер и деятельность способны вызвать в других уважение, симпатию, одобрение и понимание;
- б) ощущение ценности собственной личности и одновременно предполагаемая ценность своего «Я» для других;
- в) высокая самооценка и энергетика, уверенность в себе при высокой внутренней напряженности;
- г) желание соответствовать идеальному представлению о себе; повышенная рефлексия, осознание своих трудностей;

-
-
- д) определенность жизненной ситуации; высокая событийность и общительность, что объясняется загруженностью жизни и озабоченностью повседневными делами; ориентация на других и их значимость.

Мораторий – это статус идентичности, при котором человек находится в состоянии кризиса идентичности и активно пытается разрешить его, пробуя различные варианты. Так мораторий обычно предполагает высокий, а преждевременная идентичность – низкий уровень тревожности. Для более высоких уровней идентичности характерно более высокое самоуважение.

Непосредственных связей между уровнем идентичности и интеллектом не выявлено, но установлены значимые различия в стиле мышления. Диффузной идентичности и преждевременной идентичности соответствует меньшая интеллектуальная самостоятельность, особенно при решении сложных задач в стрессовых условиях; представители первого типа в таких случаях чувствуют себя скованными, а второго – пытаются выйти из игры. Мораторий и зрелая идентичность сочетаются с более сложными дифференцированными культурными интересами, более развитой рефлексией.

Преждевременная идентичность дает самые высокие показатели по авторитарности и самые низкие по самостоятельности. Преждевременная идентичность возникает в тех случаях, когда человек вообще не делал независимых жизненных выборов, идентичность не осознается, скорее это вариант навязанной идентичности.

Диффузная идентичность – это статус идентичности, при котором не имеется прочных целей, ценностей и убеждений и попыток их активно сформировать. Человек с диффузной идентичностью может вступить в стадию моратория и затем перейти к зрелой идентичности. Но он может также навсегда остаться на уровне преждевременной идентичности, отказавшись от активного выбора и самоопределения, или пойти по пути диффузии.

Критериями размытой (диффузной) идентичности являются:

- средняя степень неудовлетворенности собой и своими возможностями, сомнение в способности вызвать у других уважение;
- сомнение в ценности собственной личности, отстраненность, граничащая с безразличием к собственному «Я», потеря интереса к своему внутреннему миру;
- ригидность Я-концепции – нежелание меняться на фоне общего положительного отношения к себе;
- представление о том, что своя личность, характер и деятельность способны вызвать презрение, непонимание, осуждение;
- наличие внутренних конфликтов личности, сомнений, несогласий с собой, заниженная

самооценка, что приводит к сомнениям в своей способности что-то изменить или предпринять;

- самообвинения, готовность поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки ярко выражены.

При таком статусе идентичности нарушены хронотопы в будущем и в настоящем существует на неосознанном уровне неопределенность ситуации, бессознательно прошлое как - бы «оказывает давление» на настоящее и будущее. Обострено осознание отчужденности.

Существует еще одно понятие, встречающееся в литературе и относящееся к статусам идентичности – псевдоидентичность.

Псевдоидентичность – стабильное отрицание своей уникальности или, напротив, ее амбициозное подчеркивание с переходом в стереотипию, а также нарушение механизмов идентификации и обособления в сторону гипертрофированности, нарушение временной связности жизни, ригидность Я-концепции, болезненное неприятие критики в свой адрес, низкая рефлексия. В некоторых случаях псевдоидентичность можно трактовать как гиперидентичность вследствие тотального поглощения статусом, ролью, работой, другим объектом или субъектом при высоко положительном оценивании собственных качеств и нарушении доверительных гибких связей с социумом, стремлении достичь цели любыми средствами.

Диффузная идентичность оказывается благоприятной почвой для развития аддиктивного поведения как средства ухода от психологического дискомфорта и экзистенциальной пустоты. Сама аддикция, по своему существу, представляет процесс нарастающего отчуждения. Переживание отчуждения является одним из ее основных проявлений. Аддикты отчуждены по разным параметрам. Они отчуждены от своих семей, друзей, социальной среды. Аддикты отчуждены также от своих внутренних переживаний. В ее основном аспекте аддикция является отчуждением аддикта от самого себя.

Потеря эмоционально значимых отношений с другими приводит к потере идентичности, лишению аутентичного элфа и в результате к исчезновению самого смысла жизни. В этой ситуации чрезвычайно возрастает значение относительно новых нехимических, в последнее время обозначаемых термином «процессные» аддикций.

Аддиктивная реализация создает иллюзию возможности без какого-либо вреда для себя контролировать по желанию свое психологическое состояние, вызывать чувство психического комфорта, избавляться от неприятных эмоций и мыслей. Возникает убежденность в том, что найденный способ надежен, и можно без больших усилий в любой момент вызвать повторно желаемое состояние. Аддиктивная реализация становится, таким образом,

своего рода магией – волшебной палочкой, изменяющей восприятие внутренней и внешней реальностей [3].

Интересным фактом является феномен, отмеченный Ц.П. Короленко, о том, что аддиктивное поведение нередко возникает и у лиц, добившихся успеха, в особенности, если они добивались его «любой ценой». В психиатрической литературе описано состояние, получившее название «депрессия успеха». В мягкой форме оно известно на собственном опыте многим из нас. Так, например, после сдачи трудных экзаменов, окончания института, завершения какой-нибудь серьезной работы нередко возникает ощущение легкой грусти и психологического вакуума. Состояние это носит обычно кратковременный характер и быстро проходит, так как появляются новые цели и снова становится интересно жить, поскольку возникают новые положительные мотивации [3].

Нехимическими называются аддикции, где объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не ПАВ. В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин «поведенческие аддикции».

Первую классификацию нехимических аддикций в России предложил Ц.П. Короленко (2001). Он выделил непосредственно нехимические аддикции, к которым относятся азартные игры (гэмблинг), аддикция отношений, сексуальная, любовная аддикции, аддикция избегания, рабочегоголизм, аддикция к трате денег, ургентная аддикция, а также промежуточные аддикции, например, аддикция к еде (переедание и голодание), характеризующиеся тем, что при этой форме задействуются непосредственно биохимические механизмы. Кроме вышеперечисленных в настоящее время описано значительное количество других нехимических аддикций: многообразные компьютерные зависимости или интернет-зависимости (Гоголева А.В., 2002; Войскунский А.Е., 2004; Young, 1998), аддикция упражнений (спортивная) (Murphy, 1994; Griffiths, 1997; Kjelsas et al., 2003), духовный поиск (Постнов В.В., Дереча В.А., 2004), «состояние перманентной войны» (Постнов В.В. и др., 2004), синдром Тоада или зависимость от «веселого автовождения» (joy riding dependence) (McBride, 2000). В.Д. Менделевич (2003) рассматривает также фанатизм во всех его проявлениях (религиозный, политический, спортивный, национальный) как одну из форм аддиктивного поведения. Отмечая, что любое сверхценное увлечение, при котором объект увлечения или деятельность становится определяющим вектором поведения человека, оттесняющим на второй план или полностью блокирующим любую иную деятельность, и входит в состав аддиктивного, патохарактерологического типов девиантного поведения.

И. Маркс (Marks, 1990) предложил следующие критерии для диагностики поведенческих (нехимических) зависимостей:

- 1) побуждение к контрпродуктивной поведенческой деятельности (тяга);
- 2) нарастающее напряжение, пока деятельность не будет завершена;
- 3) завершение данной деятельности немедленно, но ненадолго снимает напряжение;
- 4) повторная тяга и напряжение через часы, дни или недели (симптомы абстиненции);
- 5) внешние проявления уникальны для данного синдрома аддикции;
- 6) последующее существование определяется внешними и внутренними проявлениями (дисфория, тоска);
- 7) гедонистический оттенок на ранних стадиях аддикции.

Нехимические аддикции часто сочетаются с другой психической патологией: аффективными расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, невротическими расстройствами и химическими зависимостями. Коморбидность невротических расстройств и нехимических аддикций, по мнению А.Р. Назмутдинова (2000), определяется тремя основными вариантами: невроз, манифестировавший на фоне ранее сформировавшейся аддиктивной зависимости (при наличии дополнительных патогенетических моментов, каким, например, является психотравма); длительное невротическое состояние, обусловившее своеобразный механизм психологической защиты в виде формирования аддиктивного поведения; невротические и аддиктивные расстройства, развивающиеся и протекающие параллельно, относительно изолированно друг от друга, но имеющие общие этиопатогенетические и патопластические феномены [2];

«Еще раз, подчеркивая взаимосвязь биографии и истории, я должен упомянуть о досадном и странном, никогда мной не подразумевавшимся отождествлении термина «идентичность» с вопросом «Кто я?». Человек задает себе такой вопрос либо временно находясь в болезненном состоянии, либо в момент плодотворного внутреннего конфликта, или в отрочестве, когда эти два состояния могут совпадать. Вот почему, когда студенты говорят мне, что у них «кризис идентичности», я иногда спрашиваю, жалуются они или хвастаются. Вопрос, по существу (если его вообще можно задать в первом лице), был бы: «Каким я хочу стать и как этого добиться»? Но осознание внутренних мотивов, в лучшем случае, способствует замене детских желаний и юношеских фантазий реалистическими целями. Достичь большего поможет лишь обновленное и более чуткое ощущение исторической реальности. Оно высвободит энергию, стимулирующую и, в свою очередь, стимулируемую перспективой развития» (Э. Эриксон) [5].

Список использованной литературы:

1. Антонова Н.В. Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии // *Вопросы психологии*. – 1996. – № 1. – С. 131-143.
2. Егоров А.Ю. *Нехимические (поведенческие) аддикции*. – СПб.: Речь, 2007.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Аддикции в культуре отчуждения. Фрагментарная идентичность в зазеркалье постмодернизма*. – Новосибирск, 2013. – 433 с.
4. Ремимидт Х. *Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности*. – Москва.: Мир, 1994. – 320 с.
5. Эриксон Э. *Идентичность: юность и кризис. Пер. с англ.* – М.: Флинта, 2006. – 342 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ОРГАНИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД

А.Т. Ескалиева

директор РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем», к.м.н., г. Павлодар

Несмотря на некоторое снижение темпов первичной заболеваемости по профилю наркоманий, алкоголизма, токсикоманий, отмечающегося на территории постсоветского пространства (в частности, по Республике Казахстан), угрозы, связанные с эпидемией химической зависимости в данном регионе остаются одними из основных факторов, дестабилизирующих процессы устойчивого социального развития.

Данное обстоятельство четко обозначено в основополагающих документах: Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2000-2005 гг., Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 гг., которые определяют национальную политику в сфере противодействия процессу распространения наркопотребления на территории Республики Казахстан (РК).

Вместе с тем, приходится констатировать, что система наркологической помощи в Казахстане до настоящего времени основана на концептуальной модели, разработанной в 70-е годы прошлого столетия. Это, в первую очередь, госпитальная модель, где основной акцент делается на стационарную помощь, а диспансерное звено выполняет функцию патронажа и пассивного учета пациентов по обращаемости. Такая модель, в целом адекватная для лиц с хроническими психическими заболеваниями, соматической патологией, оказалась полностью несостоятельной в наркологической практике и способствовала тому, что до 80-85% контингента, нуждающегося в профессиональной помощи, оказалось вне зоны активности наркологической службы.

Исследование системных проблем, имеющихся в сфере наркологической помощи РК, проводимые с участием РНПЦ МСПН в период 2001-2010 гг., выявило следующие основные позиции, которые необходимо учитывать в процессах модернизации профильной службы:

- кризис доверия реальных и потенциальных клиентов (зависимых от психоактивных веществ; лиц, входящих в группу риска по данному профилю; зависимых), а также населения РК в целом к системе государственных наркологических лечебно-профилактических организаций (ЛПО);

- несоответствие условий оказания наркологической помощи ожиданиям и потребностям реальных и потенциальных клиентов;

- недостаточный ассортимент и низкое качество предоставляемых услуг, фиксируемых на всех этапах оказания наркологической помощи;

- незначительный, в силу всего вышесказанного, охват реального объема потребителей и зависимость от психоактивных веществ какими-либо программами наркологического профиля (от 15 до 20% реального объема популяции активных потребителей ПАВ по Республике Казахстан);

- недостаточные в последние годы показатели клинической, экономической и социальной эффективности деятельности наркологических ЛПО без каких-либо существенных тенденций к их улучшению.

К данному перечню следует добавить существенное обстоятельство того, что факт становления частной наркологической практики в достаточно широких масштабах к настоящему времени следует считать состоявшимся. Таким образом, основная часть проблемных потребителей психоактивных веществ (ПАВ), располагающая средствами на лечение, «уходит» в частный сектор, единственным преимуществом которого является отсутствие адресного учета и, соответственно, перспективы поражения в правах. Основной спектр услуг, оказываемых в частных наркологических учреждениях, повторяет ассортимент государственной системы наркологической помощи, т.е. акцентируется на короткие курсы детоксикации, медикаментозной терапии и процедуры стресс-шоковой психотерапии («кодирования») с предсказуемым низким эффектом.

Сам по себе данный факт лишний раз иллюстрирует главный недостаток государственной системы наркологической помощи – абсолютную бесперспективность и контрпродуктивность системы персонализированного, адресного учета наркологических больных, связанной с нарушением конфиденциальности и риском поражения в гражданских правах. Таким образом, вместо того, чтобы мотивировать лиц с проблемным потреблением ПАВ на участие в полноценных программах наркологической помощи, действующая система делает все возможное для «разворота» потенциальных клиентов в сторону частного сектора, являющегося в данном случае «недобросовестным» конкурентом (т.е. выигрывающим не за счет ассортимента и качества предлагаемых услуг, а по причине соблюдения условий полной конфиденциальности). Такого рода «конкуренция» является, скорее, отрицательным

фактором развития системы наркологической помощи в РК.

В последние годы, благодаря активной деятельности Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар) разрабатываются и внедряются инновационные технологии лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, совершенствуется деятельность отдельных структурных подразделений наркологической службы. Однако общая эффективность внедряемых технологических и организационных инноваций существенно ограничивается в силу нерешенных системных организационных проблем.

Все вышеизложенное является убедительными аргументами в пользу коренных преобразований в системе наркологической помощи населению РК и выстраивания национальной модели казахстанской наркологии, адекватной требованиям времени (т.е. соответствующей потребностям и ожиданиям реальных и потенциальных клиентов в отношении широкого ассортимента, высокого качества, приемлемых условий оказываемых профильных услуг; соответствующей потребностям и ожиданиям общества в отношении существенного повышения эффективности системы наркологической помощи в целом).

1. Характеристики интегративной модели наркологической помощи

В ходе реализации программ многоуровневого мониторинга наркологической помощи в Республике Казахстан (включая характеристики действующей системы наркологической помощи), выполнения фрагментов отраслевых научно-технических программ РНПЦ МСПН, касающихся разработки и апробации инновационных технологий наркологической помощи, нами была разработана интегрированная модель современной наркологической помощи со следующими основными характеристиками.

Определение. Под интегрированной моделью наркологической помощи понимается такая структура организации профильной службы, которая предусматривает:

1) максимальный уровень интеграции с устремлениями и ожиданиями потребителей и зависимых от ПАВ, групп повышенного риска вовлечения в химическую зависимость в сфере оказания им профильной помощи; потребностями и ожиданиями здорового общества в отношении существенного роста эффективности наркологической помощи;

2) достижение максимально возможного уровня интеграции всех имеющихся социальных ресурсов, необходимых для обеспечения приемлемого результата в сфере профилактики, лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ);

3) интеграцию с требованиями доказательной практики по научному обоснованию используемых технологий и подходов в сфере противодействия распространению зависимости от психоактивных веществ.

Данное определение и соответствующие уровни интеграции, прописанные в нем, раскрываются в следующих структурных характеристиках разработанной организационной модели наркологической помощи.

Полноценный охват уязвимых групп населения (злоупотребляющих и зависимых от ПАВ; лиц, входящих в группу высокого риска по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ) приемлемыми и достаточно специфическими видами помощи осуществляется за счет первичной дифференциации общей структуры наркологической помощи на следующие секторы:

- добровольной наркологической помощи, оказываемой в системе Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) (государственная и частная наркологическая помощь);

- недобровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК (специализированные лечебно-профилактические наркологические больницы и отделения при наркологических диспансерах системы МЗ РК);

- наркологической помощи (добровольной и недобровольной), оказываемой в пенитенциарных учреждениях Министерства внутренних дел (МВД) РК;

- наркологической помощи, оказываемой в секторе НПО и других немедицинских учреждений с социальным профилем деятельности.

Каждый из вышеприведенных секторов наркологической помощи ориентирован на определенную группу лиц, злоупотребляющих или зависимых от ПАВ, достижимую с использованием специфических организационных механизмов и средств доступа. Так, группа лиц, злоупотребляющих или зависимых от ПАВ, не имеющих средств для лечения и реабилитации в условиях частного наркологического учреждения, чаще всего под давлением обстоятельств, вынуждена обращаться в систему государственных наркологических учреждений МЗ РК. Соответственно, проблемная группа потребителей ПАВ, располагающая такими средствами, обращается в частный сектор медицинских наркологических учреждений. Группа немотивированных (или с выраженной отрицательной мотивацией) лиц, зависимых от ПАВ, склонных к совершению правонарушений, охватывается сектором недобровольной наркологической помощи, осуществляемой в системе МЗ РК, либо (в случае осуждения за совершенные правонарушения) в системе медицинской службы пенитенциарных учреждений. Группа наркопотребителей, отказывающихся от каких-либо контактов с медицинскими организациями наркологического профиля, охватывается сектором НПО и других организаций социального профиля, осуществляющих, в основном, услуги по оказанию первичной наркологической помощи.

Следующая структурная характеристика интегрированной модели – дифференциация каждого выде-

ляемого сектора на соответствующие этапы наркологической помощи:

- первично-профилактической наркологической помощи (представлен в секторе добровольной наркологической помощи системы МЗ РК; секторе наркологической помощи, оказываемой НПО и другими немедицинскими учреждениями);

- первичной наркологической помощи (представлен во всех дифференцируемых секторах за исключением сектора недобровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК);

- амбулаторного лечения и реабилитации (представлен в двух секторах наркологической помощи – добровольном в системе МЗ РК и секторе наркологической помощи, оказываемой в пенитенциарных учреждениях Министерства внутренних дел (МВД) РК;

- стационарного лечения и реабилитации (представлен во всех секторах за исключением сектора НПО и других немедицинских организаций);

- противорецидивной и поддерживающей терапии (реализуется в секторах добровольной наркологической помощи, а также в секторе профильной помощи, оказываемой в пенитенциарных учреждениях МВД РК.

Каждому из поименованных этапов наркологической помощи соответствует определенный ассортимент технологий, используемых в целях профилактики, лечения и реабилитации с учетом специфики охватываемого контингента. За счет этого решается проблема интеграции с ожиданиями и потребностями основных целевых групп лиц, злоупотребляющих и зависимых от ПАВ, а также лиц, входящих в зону повышенного риска по профилю вовлечения в химическую зависимость.

Следующий уровень интеграции имеющихся социальных ресурсов формируется за счет полноценного партнерства между наркологическими учреждениями и соответствующими структурами социального назначения:

- на этапе первично-профилактической наркологической помощи – с учреждениями среднего и высшего образования; НПО, действующими в первично-профилактическом секторе; инспекторами по работе с трудновоспитуемыми детьми и подростками системы МВД; представителями СМИ; комиссиями по делам несовершеннолетних, действующими при городских и областных акиматах; молодежными организациями и фондами; центрами ЗОЖ;

- на этапе первичной наркологической помощи – с медицинскими учреждениями общесоматической сети; центрами СПИД; НПО наркологического профиля, действующими в секторе третичной профилактики (программы снижения вреда); учреждениями образования; токсикологическими отделениями и центрами; патрульными службами УВД;

- на этапе амбулаторной реабилитации – с партнерскими медицинскими организациями, центрами

СПИД; организациями, оказывающими социальную помощь и поддержку (например, в трудоустройстве, восстановлении документов), юридическое консультирование;

- на этапе стационарной реабилитации – с партнерскими медицинскими организациями; центрами СПИД; организациями, оказывающими социальную помощь и поддержку, юридическое консультирование, осуществляющими жилищные программы; досуговыми центрами, в том числе осуществляющими деятельность в стационарах наркологического профиля;

- на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии – с партнерскими медицинскими организациями; центрами СПИД; сообществами анонимных наркоманов (АН), анонимных алкоголиков (АА); досуговыми центрами; профессиональными организациями; организациями, оказывающими социальную и юридическую поддержку; детоксикационными отделениями и центрами, курирующими ситуацию срыва.

Форма и содержание устанавливаемых партнерских отношений между базовой медицинской организацией наркологического профиля и сотрудничающей структурой прописываются в соответствующем договоре, имеющем фиксированные сроки действия. В данном документе четко обозначается сфера функциональной активности и сектор ответственности каждой из сторон. К договору прилагается план совместных действий на срок действия договора. Каждой стороной назначаются лица, ответственные за реализацию запланированных мероприятий. В этом случае можно рассчитывать на состоятельность и эффективность устанавливаемых партнерских отношений.

Третий уровень интеграции наркологической практики с требованиями доказательной медицины формируется за счет разработки и реализации концепции качества наркологической помощи, основанной на вышеуказанных принципах научной обоснованности используемых подходов и методов в сфере наркологической помощи. А также формируется за счет утверждения ведомственного приказа об организации наркологического кластера, предусматривающего тесное сотрудничество учреждений науки, образования и ЛПО наркологического профиля. Эффективная деятельность данной структуры будет способствовать формированию и регулярному обновлению системы профессиональных стандартов в сфере наркологической помощи, основанных на доказательной практике.

Таким образом, будут преодолены основные компоненты системного дефицита, определяющегося в отношении действующей модели наркологической помощи в РК.

Специально следует отметить, что каких-либо существенных затрат на реализацию национального проекта наркологической помощи в РК, соответству-

ющего требованиям времени, не понадобится. Основные усилия здесь должны быть приложены к формированию соответствующей нормативной базы (ведомственного приказа МЗ РК, регламентирующего обновленную структуру системы наркологической помощи), а также интенсивной переподготовке персонала наркологических учреждений РК.

2. Критерии соответствия интегрированной модели наркологической помощи инновационному международному опыту

Рассматриваемые в предыдущем разделе структурные характеристики интегрированного подхода соответствуют основным тенденциям инновационного международного опыта в сфере организации современной профильной службы. Так, разработанная с участием международных экспертов схема взаимодействия основных структурных подразделений наркологической службы в целом соответствует трем из дифференцируемых нами 5 уровней наркологической помощи (ЮНОДК, 2003).

Схема предоставления «пирамиды» наркологических услуг, разработанная экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и акцентированная на ассортимент услуг этапа первичной наркологической помощи, как наиболее востребованных и низко затратных (основание пирамиды), также соот-

ветствует основной идеологии предлагаемого нами интегративного подхода (ВОЗ, 2003).

Мультисекторальный вариант организации наркологической помощи – основной компонент рассматриваемой интегративной модели – соответствует главной тенденции формирования наркологической службы в развитых странах мира, которая определяется следующими позициями:

- гуманистическая ориентация;
- полноценное сотрудничество с различными ведомственными, вневедомственными, государственными и неправительственными агентами, действующими в сфере оказания услуг наркологического профиля;
- многоукладность, разнообразие и гибкость организационных форм;
- широкий ассортимент и доступность наиболее востребованных услуг;
- постоянный научный мониторинг эффективности реализуемых лечебно-реабилитационных программ.

Таким образом, можно сделать предварительный вывод об адекватности модели интегрированной наркологической помощи актуальным потребностям в сфере оказания профильной помощи, а также основным тенденциям развития современной наркологии в развитых странах мира.

Список использованной литературы:

1. *Современные методы лечения наркомании. Обзор фактических данных.* – ООН, Управление по наркотикам и преступности, 2003. – 23 с.
2. *Лечение наркомании. Практическое руководство по планированию и осуществлению.* – ВОЗ, 2003. – 37 с.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (сообщение)

Б.З. Ибраев

директор КГКП «Областной наркологический центр» Управления здравоохранения Северо-Казахстанской области, г. Петропавловск

В настоящее время вопросы повышения качества в системе здравоохранения являются, пожалуй, самыми актуальными. В период ограничения количественных возможностей (недостаточное финансирование, ограничение кадровых ресурсов, повышение интеграционного потенциала в мировую экономику при одновременном снижении темпов роста таковой, усиление рисков рынков сбыта) растет потребность в принятии новых стратегических решений и обеспечении скрупулезного детального их тактического сопровождения [2].

Система здравоохранения представляет собой гигантскую область услуг, которые отличаются:

- многообразием;
- динамичностью;
- комплексностью;
- затратностью;
- непрерывной обратной связью между поставщиком и клиентом;
- системностью;
- медленной окупаемостью;
- полимодальностью;
- непрерывностью.

Согласно прогнозам экспертов ISO через 10 лет качество станет одним из главных факторов выживания предприятий, средством увеличения доли их

участия и уверенности на рынке, будет содействовать устойчивому развитию общества и сохранению ресурсов, станет показателем ответственности в цепи поставок; кроме того зависимость бизнеса от качества предъявит более высокие требования к обучению всех участников рынка [1].

Система здравоохранения не будет оставаться в стороне от мировых прогнозов. К ней уже сегодня

применимы принципы менеджмента качества (рисунок 1).

При этом продолжает оставаться актуальной система характеристик качества медицинской помощи А. Донабедиана (1990) (рисунок 2).

Система менеджмента качества организации является индивидуальной и специфичной только для нее. Специфика управления медицинской организа-



Рисунок 1. Принципы менеджмента качества

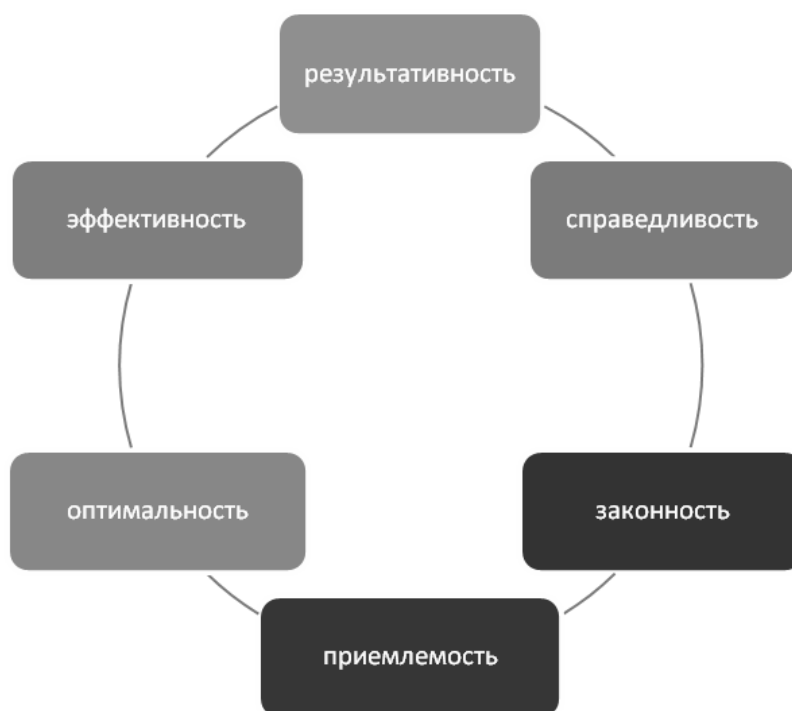


Рисунок 2. Характеристики качества медицинской помощи

ции обусловлена тем, что здравоохранение – это особая сфера деятельности, существенно отличающаяся от других видов и поэтому требующая модификации общих принципов управления или изменения акцентов. Результатом деятельности медицинского учреждения является услуга, что определяет специфический характер взаимодействия с потребителями – прямой контакт и вовлечение его в процесс оказания услуги. При этом пациент – основной элемент внешней среды для медицинской организации и каждое взаимодействие с клиентом можно рассматривать как прямой контакт с окружающей средой. Одновременно человек не является пассивным объектом, он реагирует на воздействие, оказываемое на него (часто не вполне предсказуемое), и тем самым непосредственно влияет на весь процесс работы с ним и становится его соучастником [3].

Внедрение и совершенствование системы менеджмента качества в здравоохранении в настоящее время уже сформировало уровень отношений по транслированию стандартов, упорядочиванию деятельности предприятий. Однако в настоящее время этот континуум далек даже от системного функционирования. Чаще всего понятия «стандарт», «дисциплинированность», «ответственность», «сокращение издержек», «адаптация» фигурируют в реформировании в качестве феноменов. Впереди предстоит «обкатка», накопление первичного национального материала, формирование собственной доказательной базы, а не просто теоретического обоснования реформ.

Существующая в настоящее время в Республике Казахстан (РК) система управления здравоохра-

нением представлена в основном административными методами, что в целом предопределяет ее невысокую эффективность, как по отрасли в целом, так и на уровне отдельных медицинских организаций. Поэтому в настоящее время первоочередными являются мероприятия по реформированию системы управления на всех уровнях, определенные в директивных документах Правительства страны, в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты • азам» на 2011-2015 годы, ежегодных Посланиях Президента Республики Казахстан.

Качество медицинской помощи и его оценка строится на трех методических подходах (рисунок 3).

Структурный – оценка ресурсного обеспечения медицинского учреждения, непосредственно определяющего качество медицинской услуги.

Процессуальный – предусматривает оценку выбранных технологий оказания медицинской помощи (протоколы ведения больных и стандарты медицинской помощи).

Результативный – включает в себя оценку эффективности деятельности медицинского учреждения и медицинского персонала, изменение функционального состояния здоровья пациента и степень его удовлетворенности медицинской помощью [5].

Другой составляющей качества кроме оценки является контроль. Контроль – это процесс, обеспечивающий достижение целей организации (рисунок 4).



Рисунок 3. Методические подходы оценки качества медицинской помощи

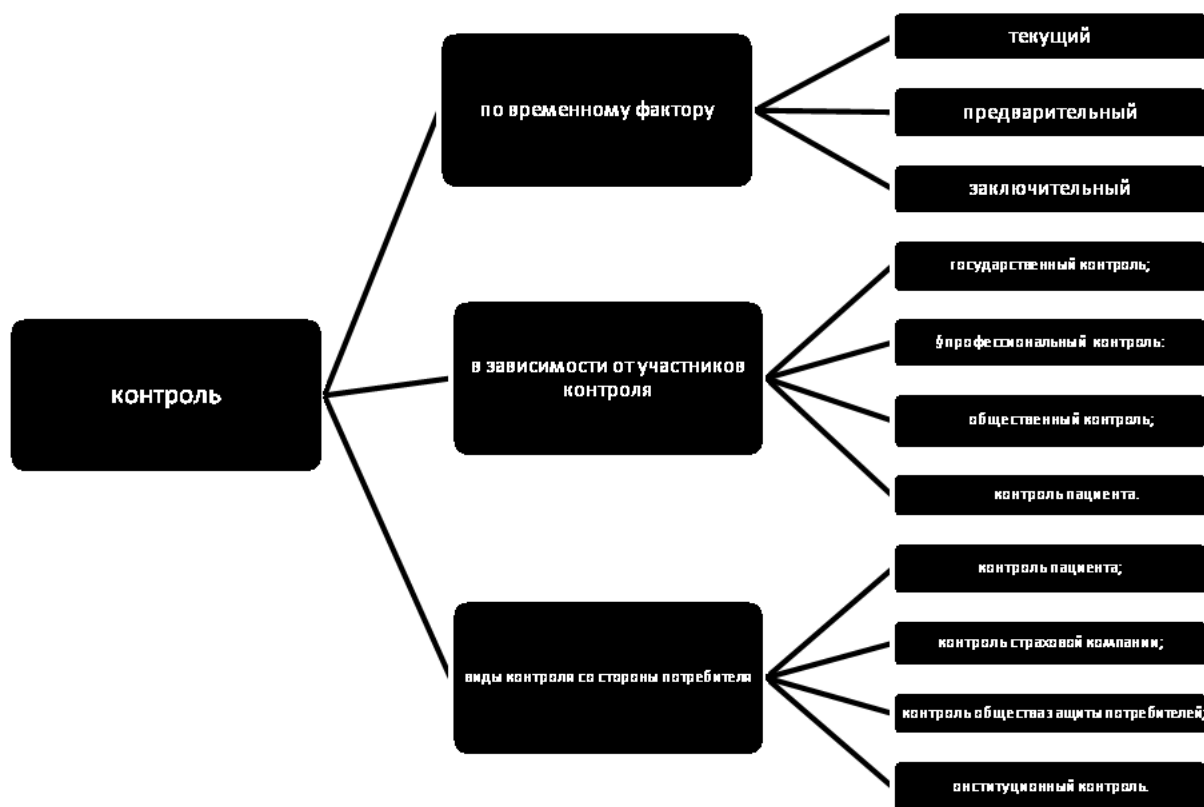


Рисунок 4. Классификация контроля

Этапы контроля:

- создание стандарта, выработка требований и критериев должной работы;
- сопоставление с выработанными стандартами и критериями реальных результатов;
- принятие решений о необходимых действиях по итогам контроля.

Действия администрации в ответ на результаты контроля могут быть следующими:

- а) внесение изменений в организацию работы;
- б) изменение стандартов;
- в) невмешательство в систему [2, 3].

Список использованной литературы:

1. Абдрахманов А.А. ИСО 9000: Менеджмент качества медицинских услуг // Мир качества. – 2005. – № 1. – С. 2.
2. Концептуальные подходы к затратам и качеству: По материалам проекта по обеспечению качества Центра социальных служб США // Главный врач. – 2002. – № 6. – С. 69-77.
3. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений // Под ред. О.П. Щепина. – М., 1999. – С. 14-17.
4. Пономарев С.В., Самодуров В.А. Процесс постоянного улучшения в системе менеджмента качества // Стандарты и качество. – 2005. – № 4. – С. 85-87.
5. Солодков Е.И., Пономарев С.В. Преодоление сопротивления изменениям со стороны персонала при создании СМК в организации // Методы менеджмента качества. – 2003. – № 12. – С. 31-35.

**ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
О НЕДОБРОВОЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
(1960-2010 гг.)**

А.Л. Игонин	д.м.н., профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ФГУ Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития
Т.В. Клименко	д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ФГУ Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития
О.В. Баранова	к.м.н., научный сотрудник отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ФГУ Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития

В настоящее время в большинстве развитых стран существует целая система различных видов недобровольных мер, которые применяются к наркологическим больным, совершающим асоциальные противоправные поступки и уклоняющимся от добровольного лечения. В России законодательство такого рода одно из самых либеральных. В частности, обязательное лечение назначается только лицам, совершившим преступление (уголовно наказуемое деяние). Ко всем остальным наркологическим больным, включая тех, которые совершают административные правонарушения, недобровольные меры не применяются.

В связи с этим, во властных структурах, а также в различных профессиональных и общественных организациях ведутся острые дискуссии по поводу необходимости расширения перечня видов недобровольных мер, применяемых в нашей стране к наркологическим больным и, в частности, к пациентам, не совершившим преступления. Но при этом часто оказывается, что дискутирующие плохо информированы о том, какие формы недобровольного лечения наркологических больных существовали в Российской Федерации (СССР) начиная с 1960 г. Более

того, многим специалистам недостаточно известно законодательство об обязательном (принудительном) лечении наркологических больных, применяющемся в нашей стране в настоящее время. В связи с этим, авторами данного сообщения предлагается своего рода инвентаризация видов недобровольных мер, существовавших (существующих) в России.

На рис. 1 приведена общая схема применяемых к наркологическим больным разновидностей недобровольных медицинских мер. Как видно из рисунка, такого рода меры могут применяться, во-первых, к пациентам, совершившим преступление (осужденным), и, во-вторых, к тем больным, которые уголовно наказуемое деяние не совершали.

Практика применения недобровольного лечения наркологических больных вызывает, как известно, острую полемику между защитниками прав, с одной стороны, пациентов и, с другой, — тех людей, которые страдают от неправильного поведения больных. Но, если наркологический пациент осужден в связи с совершением преступления, связанного с симптомами его болезни, закон обычно становится на его сторону. Практически во всех странах мира

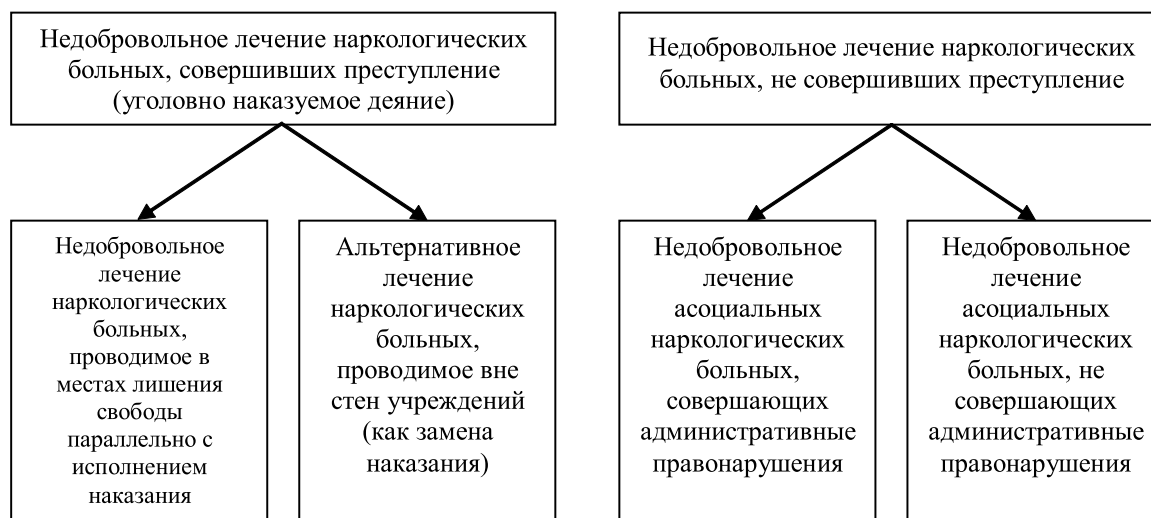


Рисунок 1. Основные виды недобровольных медицинских мер, применяемых к наркологическим больным

приняты законодательные акты, в соответствии с которыми наркологические больные, совершившие преступления, подвергаются недобровольным медицинским мерам. Существует такая практика и в нашей стране.

Не столь однозначно решается вопрос о возможности назначения обязательного или принудительного лечения наркологическим больным, не совершившим преступления. В некоторых странах эта форма недобровольных мер применяется, в некоторых — нет. В нашей стране законодательство, которое бы позволяло проводить принудительное лечение не совершивших преступления наркологических больных, отсутствует.

В отношении же пациентов, совершивших преступления, могут быть применены недобровольные меры двух типов: традиционные, осуществляемые в исправительных колониях, и альтернативные, проводимые вне стен пенитенциарных учреждений. Альтернативное принудительное лечение (как замена наказания) считается оптимальной формой недобровольных мер, применяемых к осужденным наркологическим больным. В нашей стране законодательство об альтернативном принудительном лечении, к сожалению, отсутствует.

Как уже отмечалось выше, за рубежом недобровольные медицинские меры иногда применяются и к наркологическим больным, не совершившим преступления. Это происходит в тех случаях, когда их поведение носит асоциальный характер. При этом обязательное или принудительное лечение может назначаться только тем пациентам, которые совершают административные правонарушения. Но в ряде стран недобровольные меры применяются и к лицам со стойкой тенденцией к асоциальному поведению, даже если их действие не подпадает под те или иные статьи Кодекса об административных правонарушениях.

В настоящее время в Российской Федерации существуют два вида недобровольных медицинских мер, применяемых к осужденным наркологическим больным, совершившим преступления. Во-первых, это обязательное лечение пациентов, подвергнутых лишению свободы (ст.18 УИК РФ), и, во-вторых, обя-

зательное лечение условно осужденных наркологических больных (ст. 73 УК РФ).

Как видно из рис. 2, правовая основа **принудительного (обязательного) лечения наркологических пациентов, подвергнутых лишению свободы**, в последние десятилетия заметно изменилась.

С 60-х по 90-е годы XX века в России *принудительное лечение осужденных наркологических больных осуществлялось в соответствии со ст. 62 УК РСФСР*, рядом постановлений Пленума Верховного суда РСФСР, а также ведомственными инструкциями МВД и Минздрава РФ. В системе исполнения наказаний МВД существовали колонии, которые были специально предназначены для осужденных больных алкоголизмом и наркоманиями, проходящих лечение по ст. 62 УК РФ. Если осуждение не было связано с лишением свободы, но по отношению к таким лицам применялась ст. 62 УК РФ, то принудительное лечение проводилось в наркологических учреждениях системы Минздрава СССР (РФ).

В соответствии с инструкциями Минздрава СССР от 4.11.1981 г. № 06-14/17 и от 10.08.1988 г. № 06-5,63-5, для принятия решения суда о принудительном лечении по ст.62 УК РФ было необходимо проведение судебно-наркологической экспертизы. При этом должны были быть даны ответы на три вопроса:

- 1) является ли лицо хроническим алкоголиком или наркоманом;
- 2) нуждается ли оно в принудительном лечении;
- 3) имеются ли противопоказания к нему.

Следует отметить, что в число противопоказаний для применения ст.62 УК были включены только особо тяжелые состояния, как правило, финальные этапы течения соматических заболеваний.

При введении в начале 60-х годов данной недобровольной меры был нарушен ряд существующих в развитых странах гуманитарных норм. Например, в ст. 62 УК РФ отсутствовало обоснование необходимости принудительного лечения. Не был предусмотрен контроль суда за правильностью исполнения назначенной им принудительной меры. В частности, вопрос о продлении или прекращении принудительного лечения решался во внесудебном порядке администрацией пенитенциарного учреждения, в ко-

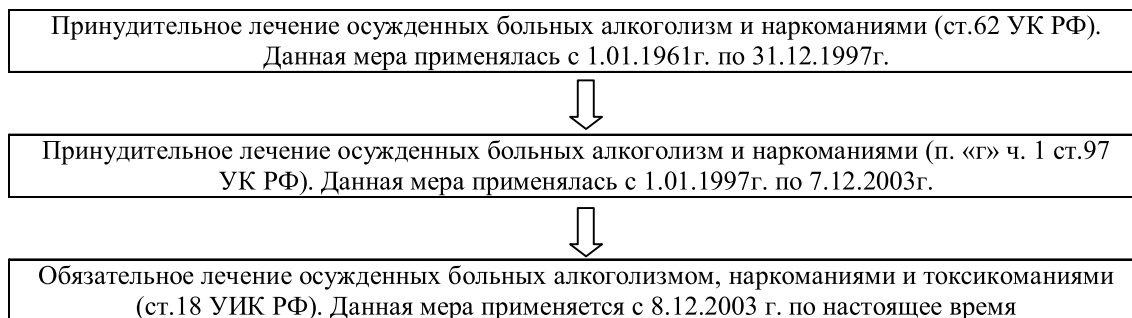


Рисунок 2. *Недобровольные медицинские меры, которые применяются (применялись) в РФ к наркологическим больным, совершившим преступления*

тором отбывает наказание больной. В соответствии с указаниями МВД СССР от 6.01.1989 г. № 1 и от 23.01.1990 г. № 33, длительность лечения должна была составлять при алкоголизме 1,5 года, при наркоманиях — 2 года. Но, если администрация пенитенциарного учреждения приходила к заключению о том, что пациент уклоняется от лечения, терапевтический курс мог продолжаться неопределенно долгое время. При этом четкие критерии наличия такого уклонения от лечения отсутствовали.

Применение ст. 62 УК РФ значительно отягощало судьбу осужденного во время отбывания им наказания. Данная статья затрудняла перевод осужденного с более строгого режима на менее строгий, а также его условно-досрочное освобождение. Более того, при особых условиях (в частности, при необходимости продления курса лечения после освобождения еще, как минимум, на три месяца) администрация колонии, при наличии медицинского заключения, могла перевести наркологического больного в лечебно-трудовой профилакторий системы того же МВД. Поскольку четкие критерии необходимой продолжительности терапевтического курса также отсутствовали, обосновать перевод почти любого пациента в ЛТП было несложно. Перечисленные факторы создавали условия для возможного ущемления прав осужденного наркологического больного со стороны администрации пенитенциарного учреждения.

Из рис. 2 видно, что в 1997 г. ст. 62 УК РФ была отменена. Это было связано с общим процессом либерализации законодательства, происходящего в нашей стране в то время. В конце 90-х годов был изменен принцип, на котором строятся судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе и назначение подэкспертным психически больным недобровольных мер. При этом законодательство о принудительном лечении наркологических больных «встроили» в существующую систему недобровольных мер, которые применялись к психически больным (ст.ст. 97—104 УК РФ).

В рамках реорганизации судебно-психиатрической экспертизы была введена категория ограниченной вменяемости психически больных. Принудительное лечение наркологических пациентов назначалось в той же форме, что и недобровольная мера, назначаемая ограниченно вменяемым подэкспертным с психическими заболеваниями (т.е. лицам, психические расстройства у которых не исключали вменяемости). Принудительное лечение ограниченно вменяемых психически больных регламентировалось пунктом «в» ч. 1 ст. 97 УК РФ, а аналогичная мера, применяемая к наркологическим больным, — пунктом «г» ч. 1 той же статьи УК.

Психически больным, признанным невменяемыми, недобровольная медицинская мера заменяла наказание. Принудительное лечение невменяемых лиц проводилось в специальных или общих психиатрических учреждениях системы Минздрава (Минз-

дравсоцразвития) РФ. Ограниченно же вменяемым психически больным и наркологическим пациентам предписывалась недобровольная мера, «соединенная с исполнением наказания» (ст. 104 УК РФ). В большинстве случаев принудительное лечение как ограниченно вменяемых психических, так и наркологических больных осуществлялось в пенитенциарных учреждениях системы МВД (впоследствии Минюста РФ). В небольшой части случаев, если наказание не было связано с лишением свободы, обязанность по осуществлению недобровольной меры возлагалась на психоневрологические и наркологические диспансеры Минздрава (Минздравсоцразвития) РФ.

Новое законодательство позволило скорректировать те позиции предыдущих законов, которые особенно грубо противоречили современным гуманитарным нормам. Появилось требование к обоснованию необходимости недобровольной меры. На наркологических больных распространились правила, которые касались ранее принудительного лечения только психически больных. В частности, в ч. 2 ст. 97 УК РФ говорится, что недобровольная мера может быть применена лишь в том случае, если, во-первых, противоправное деяние имеет связь с симптомами психического (в данном случае наркологического) заболевания и, во-вторых, сохраняется исходящая от больного опасность для него самого или общества.

В соответствии с новым законодательством контроль за проведением принудительного лечения должен был осуществлять суд, а не администрация пенитенциарного учреждения. Это достигалось путем исполнения ст. 102 УК РФ, в соответствии с которой администрации пенитенциарного учреждения вменялось в обязанность представлять с определенной периодичностью документы в суд для решения вопроса о продлении или прекращении недобровольной меры.

3 августа 2001 г. Минюст РФ издал инструкцию № 229, в которой был изложен новый порядок осуществления принудительного лечения наркологических больных (п. «г» ч. 1 ст. 97 УК РФ). В соответствии с данной инструкцией, сроки принудительного лечения наркологических больных, установленные еще подзаконными документами МВД СССР, были отменены. Если осужденный наркологический больной освобождался из мест лишения свободы (включая условно-досрочное освобождение от отбывания наказания), а курс лечения еще не был закончен, оставшиеся терапевтические мероприятия должны были проводиться в учреждениях системы Минздрава (Минздравсоцразвития) РФ по месту жительства данного больного. Поскольку лечебно-трудовые профилактории к этому времени были ликвидированы, положение одного из подзаконных актов, касающегося возможности перевода освобождающегося наркологического больного из колонии в ЛТП, уже потеряло смысл. Как видно из рис. 2, в 2003 г.

принудительное лечение наркологических больных было заменено на обязательное.

Следует отметить, что четких различий между терминами *обязательное* и *принудительное* лечение нет. Во всяком случае, они не отражены ни в одном международном документе [1, 2, 19, 20 и др.]. В специальной литературе к обязательному лечению чаще относят более легкие формы недобровольных мер, например проводимые амбулаторно. Под принудительным же лечением понимаются более жесткие меры, сопровождаемые, в частности, изоляцией больного. В ст. 97 УК РФ и ст. 18 УИК РФ в эти термины вкладывается, однако, иной смысл. Принудительное лечение назначается судом с привлечением к обследованию независимых экспертов. К обязательному же лечению отнесена недобровольная мера, назначаемая всего лишь врачебной комиссией пенитенциарного учреждения, без участия независимых экспертов.

Назначение *обязательного лечения наркологическим больным, совершившим преступление, регламентируется ч. 1 и 3 ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса РФ*¹. Ниже приведен текст указанных частей закона.

Ст. 18 УИК РФ «Применение к осужденным мер медицинского характера».

Ч. 1. «К осужденным к ограничению свободы, аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний, по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера».

Ч. 3. «К осужденным к наказаниям, указанным в части первой настоящей статьи, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, ВИЧ-инфицированным осужденным, а также осужденным, больным открытой формой туберкулеза или не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, учреждением, исполняющим указанные виды наказаний, по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение».

Действовавшее до 2003 г. принудительное лечение наркологических больных было отменено Федеральным законом № 162 от 28.12.2003 г. В соответствии с этим законом из ч. 1 ст. 97 УК РФ был изъят пункт «г», в котором говорилось о назначении принудительного лечения больным алкоголизмом и наркоманиями. В ст. 99 УК РФ, в которой давалась характеристика видов недобровольных медицинских мер, было устранено упоминание о п. «г» ч. 1 ст. 97 как основании для применения амбулаторного принудительного лечения. Одновременно с этим Федеральным законом № 163 от того же числа было вве-

дено обязательное лечение больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

До 2003 г. в ст. 18 УИК о недобровольных мерах, применяемых к наркологическим больным, говорилось в двух частях: первой и третьей. В первой части речь шла о принудительном лечении больных алкоголизмом и наркоманиями, назначаемом судом, а в третьей части — об обязательном лечении больных токсикоманиями, назначаемом врачебной комиссией пенитенциарного учреждения. Перевод недобровольной меры, применяемой к больным алкоголизмом и наркоманиями, из формы принудительного в форму обязательного лечения был произведен путем простого перемещения терминов *алкоголизм* и *наркомания* из ч. 1 в ч. 3 ст. 18 УИК РФ. В результате этого принудительное лечение стало назначаться только ограниченно вменяемым психически больным (т.е. страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости), тогда как обязательное лечение — пациентам со всеми тремя формами наркологических заболеваний — алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Кроме того, в соответствии с ч. 3 ст. 18 УИК РФ обязательное лечение может предписываться осужденным пациентам с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и венерическими заболеваниями.

Но, по мнению ряда специалистов, занимающихся правовыми проблемами назначения недобровольных медицинских мер, в частности С.Н. Шишкова [28] и Е.И. Цымбала [26], ст. 18 УИК в новой редакции оказалась юридически недостаточно проработанной и в гораздо меньшей степени соответствует принятым в мире гуманитарным нормам, чем предыдущая ст. 97 УК РФ. Ниже приводится перечень позиций, по которым, с точки зрения указанных авторов, новое законодательство в наибольшей степени нарушает общепринятые нормы.

1. Решение о проведении обязательного лечения принимает не суд на основании заключения независимых экспертов, а медицинские комиссии пенитенциарных учреждений, подчиненные администрации этих учреждений.

2. В законе не прописаны все необходимые условия проведения обязательного лечения (назначение, продление, прекращение и пр.).

3. Обязательное лечение не подкреплено законами, регулирующими осуществление любых недобровольных медицинских мер (ст. 343 «Основ», гл. 15 УК РФ, ст. 116 УИК РФ и пр.).

4. Указанные слабости правовой базы обязательного лечения могут обуславливать:

а) ущемление прав осужденных наркологических больных;

¹ Ст. 18 УИК РФ относится только к наркологическим больным, совершившим преступление и подвергнутым лишению свободы (находящимся в пенитенциарных учреждениях). Ст. 62 УК РСФСР (РФ) и ст. 97 УК РФ, о которых речь шла ранее в данной статье, предусматривали также возможность проведения принудительного лечения в учреждениях Минздрава СССР (РФ) наркологических пациентов, наказание которых не было связано с лишением свободы.

б) неправомерность применения к осужденным наркологическим больным, уклоняющимся от лечения, юридических санкций («мер взыскания»).

После выхода в свет закона, изменившего указанным выше образом редакцию ст. 18 УИК РФ, Федеральной службой исполнения наказания Минюста РФ было утверждено пособие для врачей, регламентирующее применение недобровольных мер к наркологическим больным [16]. Данное пособие частично компенсировало отмеченные С.Н. Шишковым и Е.Н. Цымбалом слабости законодательной базы данной формы обязательного лечения.

Основными из регламентирующих условий, приведенных в указанном пособии, являются следующие:

1. Назначение, продление и прекращение обязательного лечения производятся медицинской комиссией того пенитенциарного учреждения, в котором находится пациент;

2. Повторное освидетельствование должно осуществляться не реже 1 раза в 6 мес. При этом первое освидетельствование может быть произведено не ранее чем через 6 мес. после назначения недобровольной меры;

3. При решении вопроса о назначении обязательного лечения учитываются:

– связь между клиническими проявлениями наркологического заболевания и совершенным преступлением;

– характер установки на лечение и результаты предшествующей терапии;

– наличие нарушений поведения во время пребывания в учреждении, обусловленных наркологическим заболеванием.

4. При решении вопроса о продлении или прекращении недобровольной меры учитывается динамика состояния пациента во время пребывания в пенитенциарном учреждении.

В табл. 1 приведены данные о наркологических больных, лечившихся в учреждениях пенитенциарной системы РФ в 2009 г. Более двух третей этих пациентов составляли лица, страдающие зависимостью от наркотиков. Больных алкоголизмом было менее трети. Подавляющее число пациентов лечилось добровольно. Лишь примерно в одной седьмой части случаев приходилось оформлять обязательное лечение по ст.

18 УИК РФ. Большинство наркологических больных, проходящих обязательное лечение, содержалось в лечебно-исправительных учреждениях (ЛИУ).

Более точных данных о деятельности медицинских служб Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) Минюста РФ по применению ст. 18 УИК РФ у авторов нет. Отсутствуют, в частности, сведения о применяющихся терапевтических методах и схемах, а также об эффективности лечения. Можно лишь отметить, что, судя по приведенным данным, усилия медицинских служб ФСИН Минюста РФ сконцентрированы в основном на выявлении и обязательном лечении больных наркоманиями. Хотя в реальности больных алкоголизмом в стране почти на порядок больше, чем пациентов, страдающих наркоманиями, и они несоизмеримо чаще совершают правонарушения, связанные с проявлениями наркологического заболевания.

Вопреки опасениям цитированных выше специалистов, жалобы наркологических больных и их родственников на нарушение прав пациентов, проходящих обязательное лечение по ст. 18 УИК РФ, достаточно редки. Во всяком случае, они предъявляются несоизмеримо реже, чем в 60-90-е годы. Можно говорить, скорее, о крене в другую сторону — выхолащивании данной меры, превращении ее в пустую формальность.

Медицинские службы ФСИН Минюста РФ в настоящее время обладают крайне ограниченными возможностями для проведения полноценного обязательного лечения наркологических больных. В неспециализированных колониях вообще отсутствуют наркологи (психиатры), которые могли бы работать с пациентами данного профиля. Большинство лечебно-исправительных учреждений, предназначенных для лечения наркологических пациентов, были организованы относительно недавно и пока еще не сумели полностью перестроиться для ведения этой деятельности.

Существуют и объективные причины, по которым в пенитенциарных учреждениях трудно организовать эффективную систему помощи наркологическим больным. Это относится не только к неспециализированным пенитенциарным учреждениям, но и к колониям, предназначенным для наркологических боль-

Таблица 1

Распределение наркологических больных, лечившихся в учреждениях УИС РФ в 2009 г. по формам наркологического и добровольности / недобровольности лечения

Добровольность/ недобровольность лечения	Формы наркологического заболевания		ИТОГО
	Алкоголизм	Наркомании	
Лечились по собственному желанию	21 300	53 500	74 800
Находились на обязательном лечении (ст. 18 УИК РФ)	4700	8500	13 200
ИТОГО	26 000	62 000	88 000

Примечание. Из проходивших обязательное лечение 13 200 наркологических больных большая часть (9100 пациентов) находилась в лечебно – исправительных учреждениях, меньшая часть (4100 пациентов) – в обычных колониях. В настоящее время в РФ имеется 10 ЛИУ: 9 мужских и 1 женское

ных. Дело в том, что узкомедицинские мероприятия, на которые традиционно ориентированы медицинские службы уголовно-исполнительной системы, оказываются недостаточными для достижения необходимого эффекта (если под последним понимать прекращение злоупотребления ПАВ).

Между тем, при длительном, обычно многолетнем пребывании осужденных наркологических пациентов в пенитенциарных учреждениях, в условиях полной или почти полной их изоляции от ПАВ, на первый план выходят социально-психологические (реабилитационные) мероприятия. Они позволяют скорректировать обычно имеющиеся у криминализованных наркологических больных искаженные ценностно-смысловые ориентации и глубоко укоренившиеся отрицательные стереотипы поведения. Данные психологические феномены препятствуют формированию у пациентов установки на воздержание от приема ПАВ и реализации такой установки, если она имеется у больного. Типичная для пенитенциарных учреждений среда не только не способствует коррекции этих личностных особенностей, но и часто углубляет их.

Как отмечалось выше, в настоящее время в России существуют два вида обязательного лечения наркологических больных, совершивших преступление. Кроме описанной выше недобровольной меры, применяемой в соответствии со ст. 18 УИК, существует *обязательное лечение условно осужденных наркологических больных* (ст. 73 и 74 УК РФ). Ниже приведен текст ч. 5 ст. 73 и ч. 3 ст. 74 УК РФ, в которых речь идет о данной недобровольной мере (она была введена в нашей стране 1.01.1997 г.).

Ч. 5. ст. 73. «Суд, назначая условное осуждение, может возложить на условно осужденного исполнение определенных обязанностей [...], в том числе пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании, токсикомании».

В соответствии с ч. 6 ст. 73 УК РФ, контроль за поведением условно осужденного при прохождении обязательного лечения возлагается на уголовно-исполнительные инспекции ФСИН Минюста РФ.

Ч. 3. ст. 74. «Если условно осужденный в течение испытательного срока [...] систематически не исполнял возложенные на него обязанности, суд по представлению уголовно-исполнительной инспекции может отменить условное осуждение и направить это лицо в пенитенциарное учреждение для отбывания наказания».

Как видно из приведенного текста, в соответствии с ч. 5 ст. 73 УК РФ, на больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями может быть возложена обязанность пройти лечение от наркологического заболевания. Если же наркологические больные, по отношению к которым применен данный закон, систематически не выполняют возложенной на них обязанности, суд может отменить условное осуждение.

Тогда в силу вступает приговор, и больной направляется в пенитенциарное учреждение.

Эта недобровольная мера могла бы быть очень эффективной, но, к сожалению, применяется крайне редко. Следует отметить, что в тексте ст. 73 УК РФ ничего не говорится о регламентирующих условиях проведения данной формы обязательного лечения. Не уточняется, в частности, в каких условиях — амбулаторных или стационарных — должна осуществляться недобровольная мера. В законе нет также данных о возможной длительности терапевтических курсов и правилах их продления или отмены. Отсутствуют подзаконные нормативные акты Минюста РФ, Верховного суда РФ, Минздравсоцразвития РФ и других ведомств, которые бы содержали сведения такого рода и вообще способствовали бы более широкому применению обязательного лечения условно осужденных наркологических больных в соответствии со ст. 73 и ст. 74 УК РФ.

Если следовать МКБ-10 и другим известным в мире классификациям, зависимость от ПАВ является вариантом психического заболевания. Поэтому на наркологических пациентов распространяются все законодательно установленные правила лечения психически больных, в том числе — недобровольного. В табл. 2 приведены сведения о двух вариантах *принудительного лечения совершивших противоправное деяние наркологических пациентов, рассматриваемых как психически больных*. Решение о проведении такого лечения принимает суд на основании заключения судебно-психиатрических экспертных комиссий (СПЭК).

При первом варианте принудительного лечения наркологический больной признается судом невменяемым. Это означает, что данное лицо «во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими» (ч. 1 ст. 21 УК РФ). Признанный невменяемым наркологический пациент освобождается от наказания. В случае необходимости наказание заменяется принудительным лечением (ч. 2 ст. 21, п. «а» ч. 1 ст. 97, ч. 1 ст. 99 УК РФ).

В нашей стране из наркологических больных невменяемыми чаще всего признаются лица, совершившие общественно-опасное деяние (ООД) в состоянии алкогольного психоза. Но иногда ст. 21 УК РФ применяется по отношению к наркологическим пациентам, совершившим ООД в психотических состояниях, вызываемых другими видами ПАВ (например, галлюциногенами).

В подавляющем большинстве случаев психотическое состояние наркологического генеза носит, по терминологии ст. 21 УК РФ, характер *временного психического расстройства*. К моменту проведения судебно-психиатрической экспертизы психотические симптомы у наркологических больных, как пра-

Два варианта принудительного лечения (ПЛ) наркологических пациентов, совершивших противоправное деяние и рассматриваемых как психически больных

Вариант ПЛ	Решение суда на основании заключения СПЭК	Психическое состояние подэкспертных в момент совершения ООД	Учреждения и подразделения, в которых проводится ПЛ
Первый	Невменяем в отношении совершенного ООД. В случае необходимости назначается ПЛ. Ст. 21, 97, 99, УК РФ	Тяжелые расстройства: психотические состояния или глубокое интеллектуально – мнестическое снижение, вызванные злоупотреблением ПАВ	Специализированные или общие стационары, а также психоневрологические или неврологические диспансеры системы Минздравсоцразвития РФ.
Второй	Ограниченно вменяем в отношении совершенного преступления (психическое состояние не исключает вменяемости). В случае необходимости назначается ПЛ, соединенное с исполнением наказания. Ст. 22, 97, 99, 104 УК РФ	Не столь тяжелые, но выраженные расстройства, проявляющиеся в структуре резидуальных синдромов (аффективных, психопатоподобных, неврозоподобных, амнестических и когнитивных)	Поздравления медицинской службы пенитенциарных учреждений системы ФСИН Минюста РФ. Если наказание не связано с лишением свободы – ПНД или НД системы Минздравсоцразвития РФ.

вило, исчезают. Принудительная мера в этих случаях назначается не с целью купирования психотических расстройств, а с целью лечения фонового наркологического заболевания.

В экспертной практике встречаются, хотя и довольно редко, длительно протекающие психотические состояния, которые могут быть квалифицированы в соответствии со ст. 21 УК РФ как *хроническое психическое расстройство* и могут служить основанием для признания больных невменяемыми. Примером длительно текущих психозов такого рода могут служить хронический алкогольный галлюциноз и алкогольный бред ревности.

Резко выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, вызванное злоупотреблением ПАВ (как правило, алкоголем), также может служить основанием для признания подэкспертного невменяемым. В соответствии с формулировками ст. 21 УК РФ, такого рода состояния обычно квалифицируются как слабоумие. Интеллектуально-мнестическое снижение может быть двух видов: с преобладанием либо интеллектуальных, либо амнестических расстройств. Невменяемыми больные признаются при наличии тяжелых вариантов этих состояний. Если речь идет об интеллектуальном снижении, это деменция, если же об амнестических расстройствах, корсаковский синдром. Когнитивные расстройства, не достигающие степени деменции, и амнестические нарушения, выраженность которых меньше, чем при корсаковском синдроме, обычно считаются экспертами недостаточными для рекомендации применения к подэкспертному ст. 21 УК РФ.

Хотя интеллектуально-мнестическое снижение носит в большинстве случаев крайне стойкий характер, в последние годы появились новые методы лекарственной терапии, позволяющие смягчать пато-

логию такого рода. Одновременно с общим позитивным эффектом отмечается снижение риска совершения повторных ООД. Это определяет необходимость в случае отсутствия у больного установки на добровольное лечение применить к нему недобровольную меру.

Принудительное лечение невменяемых наркологических больных проводится в психиатрических учреждениях системы Минздравсоцразвития РФ (п. «а» ч. 1 ст. 97, ч. 1 ст. 99 УК РФ). В решении суда обязательно содержится указание на форму недобровольной меры — амбулаторную или стационарную. Если назначено стационарное принудительное лечение, устанавливается тип учреждения, в который должен быть помещен больной: общий, специализированный и специализированный с интенсивным наблюдением. Относительно небольшой части наркологических больных, признанных судом невменяемыми по отношению к совершенному ООД, назначается амбулаторное принудительное лечение. Обязанность по исполнению недобровольной меры возлагается в этих случаях на психоневрологические или наркологические диспансеры системы Минздравсоцразвития РФ.

Как видно из табл. 2, второй вариант принудительного лечения назначается наркологическим больным, признанным ограниченно вменяемыми. С одной стороны, имевшиеся у подэкспертного в момент совершения преступления психические расстройства были не настолько тяжелыми, чтобы признать его невменяемым и освободить от наказания. С другой стороны, обнаруживается, что в оцениваемый промежуток времени у подэкспертного все же имела достаточно отчетливая психическая патология, которая обусловила совершение противоправного деяния или повлияла на него. По формулировке ч. 1

ст. 22 УК РФ, данное лицо «во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». Наркологическому больному, признанному ограниченно вменяемым, может быть назначено принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания (ч. 2 ст. 22, п. «в» ч. 1. ст. 97, ч. 2 ст. 99, ч. 1 ст. 104 УК РФ).

В настоящее время данный тип принудительного лечения применяется по отношению к наркологическим больным в Российской Федерации крайне редко. Из числа ограниченно вменяемых, которым была назначена недобровольная медицинская мера, доля больных с наркологическими заболеваниями составляла в последние годы около 0,5%. Это не значит, что в реальности зависимость от ПАВ у этих пациентов была столь же редка. Просто на первое место в заключении СПЭК выносились другие диагнозы, чаще всего *остаточные явления органического поражения головного мозга и расстройство личности*. На втором месте (в одной трети — половине случаев) оказывалось наркологическое заболевание. Обычно речь шла об алкоголизме.

С точки зрения Т.Б. Дмитриевой и др. [7], Т.В. Клименко [13] и ряда других специалистов, сложившаяся практика в данной области неверная. У многих пациентов психические расстройства в момент совершения преступления и при последующем проведении принудительного лечения в значительной, иногда решающей, степени определяются не указанными выше видами пограничной психической патологии, а именно наркологическими заболеваниями. Но если недобровольная мера будет назначена в связи с психической патологией ненаркотического генеза, то и принудительное лечение будет проводиться без учета наличия у больного зависимости от ПАВ.

Например, у осужденных наркологических больных, находящихся в пенитенциарных учреждениях, несмотря на воздержание от ПАВ или редкое их употребление, могут возникать резидуальные расстройства, далеко выходящие за рамки опьянения или абстинентного состояния, но, тем не менее, являющиеся неотъемлемыми признаками наркологического заболевания. Резидуальная патология проявляется в виде аффективных, психопатоподобных или неврозоподобных расстройств, на фоне которых резко обостряется патологическое влечение к ПАВ. Это ведет к дестабилизации состояния больных, совершению ими различных проступков и попыткам получить доступ к психоактивным веществам. Если администрация учреждения ограничивается дисциплинарным воздействием на осужденных, необходимого результата добиться бывает очень трудно. В то же время дополнительные терапевтические мероприятия, проводимые с учетом наркологического генеза нарушений поведения больных, позволяют быстрее стабилизировать их состояние, повышают эффектив-

ность проводимого лечения в целом и снижают вероятность совершения пациентами повторных противоправных деяний.

К еще одному виду резидуальных расстройств относится интеллектуально-мнестическое снижение, часто обнаруживаемое, как отмечалось выше, у осужденных наркологических пациентов. Четкое понимание генеза этих нарушений (в данном случае их обусловленности злоупотреблением ПАВ) помогает сделать правильный выбор назначаемых медикаментов и достичь тех целей, которые ставятся перед медицинскими службами при проведении принудительного лечения.

Принудительное лечение наркологических больных, признанных ограниченно вменяемыми, проводится, как правило, подразделениями медицинской службы пенитенциарных учреждений ФСИН Минюста РФ. Но в тех случаях, когда наказание не связано с лишением свободы, возможно направление этих пациентов для проведения принудительного лечения в учреждения Минздравсоцразвития РФ. К таким учреждениям относятся как психоневрологические, так и наркологические диспансеры.

Наконец, последним вариантом недобровольных мер, применяемых к осужденным судом наркологическим больным, является *альтернативное принудительное лечение*. В случае совершения такими лицами преступления небольшой или средней тяжести со сроками лишения свободы до 2—4 лет наказание заменяется на принудительное лечение, проводимое вне стен пенитенциарных учреждений. Исполнение наказания может быть также отложено на соответствующие сроки. Далее период успешного лечения засчитывается как отбывание наказания либо пенитенциарная мера заменяется на более легкую, не связанную с лишением свободы. Если же больной уклоняется от такого лечения или, несмотря на проводимую терапию, продолжает употреблять ПАВ, приговор суда о лишении свободы вступает в силу.

Преступления небольшой или средней тяжести, непосредственно связанные со злоупотреблением ПАВ, являются наиболее частыми среди тех или иных видов противоправных деяний наркологических больных. Это нетяжелые преступления в форме участия в наркобизнесе, различные правонарушения против собственности (частной или общественной), а также действия, создающие опасность для жизни или здоровья граждан, но не повлекшие за собой слишком серьезных последствий, а также многие другие противоправные деяния данного уровня тяжести.

Альтернативное принудительное лечение существует в большинстве развитых стран и считается наиболее эффективной формой воздействия на умеренно криминализированных наркологических больных.

Переходя к описанию **различных видов недобровольных медицинских мер, которые применяются**

к наркологическим больным, не совершившим преступление, необходимо в первую очередь остановиться на принудительном лечении этих лиц, осуществлявшиеся в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП) системы МВД СССР (РФ). Хотя данный вид недобровольных мер в настоящее время в нашей стране не существует, он занимает настолько значительное место в общественном сознании, что на нем следует остановиться более подробно.

ЛТП системы МВД были созданы в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета (ПВС) РСФСР от 8.04.1967 г. и Законом РСФСР от 29.07.1971 г. «О здравоохранении». Вначале эти учреждения предназначались только для больных алкоголизмом, но в последующем, в соответствии с Указом ПВС РСФСР от 25.08.1972 г., были созданы и ЛТП для больных наркоманиями.

Основания для направления больных с наркологическими заболеваниями в ЛТП менялись неоднократно. В нескольких посвященных данной теме указах ПВС РСФСР последовательно фигурировали: злостное пьянство, нарушения трудовой дисциплины, действия, направленные против общественного порядка и правил общежития, занятие бродяжничеством и попрошайничеством, паразитический образ жизни. В последнем по времени Указе ПВС РСФСР были приведены следующие основания для направления в ЛТП: уклонение от добровольного лечения и продолжение употребления алкоголя или других ПАВ, несмотря на проводимую терапию. Длительность лечения в ЛТП составляла, в соответствии с данным Указом, от 1 до 2 лет.

Решение о направлении наркологического больного в ЛТП принимал суд. Он же устанавливал сроки принудительного лечения. При решении вопроса о направлении в ЛТП учитывались ходатайства о назначении лечения государственных и общественных организаций, а также членов семей наркологических больных. На судебное заседание должно было быть представлено заключение (акт) специальной медицинской комиссии для проведения наркологических экспертиз наркологического диспансера. В заключении следовало представить доказательства, касающиеся наличия наркологического заболевания у обследуемого, а также уклонения его от лечения и продолжения употребления алкоголя или наркотиков, несмотря на проводимую терапию.

Если имелись точные сведения о наличии у больного на момент осмотра ремиссии (полного воздержания от алкоголя или других ПАВ) длительностью не менее трех лет, больной освобождался от направления в ЛТП. В медицинские комиссии, кроме врача психиатра-нарколога, входили терапевт и невропатолог. Они руководствовались списком соматических противопоказаний для направления в ЛТП. Пациенты, нуждающиеся в недобровольной мере, но имеющие противопоказания для направления в ЛТП, помещались на соответствующие сроки в специали-

зированные стационарные отделения для принудительного лечения наркологических больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, созданные в структуре наркологических учреждений Минздрава СССР (РФ).

Среди всех существовавших в России видов принудительного лечения наркологических больных помещение их в ЛТП подверглось наиболее жесткой критике общественности за нарушения прав человека. Претензии к создателям и идеологам данной системы были сформулированы в ряде публикаций [2, 10, 18, 19, 23 и др.]. Главный аргумент, выдвигаемый правозащитниками, состоял в том, что за наличие заболевания (даже наркологического) человека нельзя лишать свободы. Поскольку все ЛТП представляли собой бывшие исправительно-трудовые колонии традиционного типа, лишь незначительно трансформировавшиеся под новые задачи, режим в этих учреждениях был предельно жестким, о чем постоянно напоминали критики данной системы. Осуждению подвергалось также принуждение больных к выполнению тяжелого и неоплачиваемого труда.

Обращалось внимание на то обстоятельство, что больные, по отношению к которым в ЛТП были допущены неправомерные действия, не могли обжаловать их в суде. Как тяжелое последствие пребывания в ЛТП рассматривалась социальная стигматизация пациентов. Хотя помещение в это учреждение и не считалось судимостью, лица, имеющие в своей биографии данное событие, нередко в последующем официально и неофициально ущемлялись в правах и не могли свободно реализовать свои способности и возможности.

Утверждалось, что лечение наркологических пациентов не может осуществляться без тесного сотрудничества врача с больным. Очевидно, что специфика взаимоотношений врача и пациента в условиях ЛТП крайне затрудняла такое сотрудничество или делало его невозможным. Критике подвергались устаревшие методы, на которые делалась ставка при лечении больных в ЛТП, например условнорефлекторная терапия. Отмечалось, что в ЛТП почти не применяются современные психотерапевтически-реабилитационные мероприятия (впрочем, как и в обычных наркологических учреждениях, проводящих лечение в те годы на добровольной основе). Изучение независимыми экспертами катамнеза течения наркологического заболевания у пациентов, выписанных из ЛТП, показывало крайне низкую эффективность проведенных терапевтических курсов.

Но при этом нельзя не отметить, что система ЛТП была важной составной частью наркологической помощи в стране в 1960—1990 гг. Если бы не существовало угрозы направления в ЛТП, многие наркологические больные отказывались бы от лечения, которое проводилось на добровольной основе. Незадолго до закрытия ЛТП (1991 г.) число мест в них

было еще очень значительным — 75 тыс. (данные по РСФСР). Для сравнения число наркологических коек в это время в республике составляло около 60 тыс. В период пребывания в ЛТП наркологические больные не употребляли или почти не употребляли алкоголь или другие ПАВ. Несмотря на низкие результаты лечения в ЛТП, вся система, в целом, очень заметно тормозила прогрессирование алкоголизма у пациентов и возникновение его тяжелых последствий. Достаточно привести такой пример. Если в 1988 г. показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами составлял 5,1, то в 1995 г., после прекращения деятельности ЛТП, этот показатель возрос почти в 10 раз и составил 49,1. Несомненно, что ликвидация ЛТП, наряду с другими факторами, оказала существенное влияние на такое неблагоприятное развитие событий.

По отношению к некоторым категориям наркологических больных может быть применен Закон «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее оказании» (действует с 1.01.1993 г. по настоящее время). Данный закон предполагает недобровольное обследование и принудительное помещение в стационар психически больных, не совершивших преступление. Решение об этом принимает суд на основании заключения комиссии врачей-психиатров. Но возможность применения недобровольных мер оговорена рядом жестких условий. Далее приводятся выдержки из ст. 23 и ст. 29 Закона, в которых изложены эти условия. В ст. 23 речь идет о недобровольном обследовании, а в ст. 29 — о недобровольной госпитализации психически больных. Поскольку обоснования для применения этих двух видов мер одинаковы, они объединены в один текст.

Психиатрическое освидетельствование или госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке без согласия пациентов возможны только при:

- подозрении на наличие или обнаружение тяжелого психического расстройства;
- исходящей от данного лица непосредственной опасности для себя или окружающих;
- его беспомощности, неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- существенном вреде для здоровья вследствие ухудшения психического состояния, если это лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

После выхода Закона о психиатрической помощи сразу же встал вопрос о возможности его применения к наркологическим больным. Законопроекты о внесении в данный правовой акт соответствующих изменений представлялись в высшие органы государственной власти неоднократно, но каждый раз отвергались. Безусловно, наркологические пациенты, переносящие психотические состояния (как правило, это алкогольные психозы), могут быть в

соответствии с Законом обследованы и помещены в стационар недобровольно. Сложнее обстоит дело с непсихотическими состояниями. Считается, что у наркологических больных могут развиваться хотя и не психотические, но крайне острые расстройства, удовлетворяющие почти всем изложенным выше критериям для применения недобровольных мер.

Например, больные с опийной наркоманией в абстинентном состоянии или пациенты с зависимостью от алкоголя и стимуляторов в опьянении могут быть крайне опасными для себя или окружающих. Больные с алкогольной деградацией часто неспособны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности. Наконец, большинство наркологических пациентов, будучи оставленным без медицинской помощи, продолжает злоупотреблять ПАВ и наносит существенный вред своему здоровью.

Единственным критерием, не применимым к наркологическим больным, находящимся вне психотических состояний, является первый критерий, сформулированный как *наличие тяжелого психического расстройства*. В тексте Закона данное понятие не расшифровывается. Но большинство компетентных в этой области специалистов считает, что данное понятие должно распространяться только на психотические состояния [6, 21, 27 и др.]. В Комментариях к Закону о психиатрической помощи [14] группа наиболее авторитетных психиатров подтвердила, что следует придерживаться именно такой трактовки тяжелого психического расстройства.

В МКБ-10 под термином *психотические расстройства* (в отличие от невротических) понимаются бред, галлюцинации, резкое психомоторное возбуждение, ступорозное состояние, кататонический синдром. Более подробное описание психотических состояний, которые могут служить основанием для применения к психическим больным недобровольных мер, дано Т.М. Румянцевой и А.А. Чуркиным [21].

В 2010 г. Законодательное собрание одного из субъектов Российской Федерации направило в высшие органы государственной власти очередной законопроект о внесении изменений в Закон о психиатрической помощи. По мнению авторов данного законопроекта, предлагаемые поправки позволили бы наиболее простым путем создать законодательную базу для применения недобровольных мер к наркологическим больным, находящимся вне психотических состояний. Но психиатрическое сообщество резко воспротивилось этой идее. Президиум Правления Российского общества психиатров принял даже специальную резолюцию, в которой утверждалось, что внесение в Закон о психиатрической помощи предлагаемых изменений нанесло бы этому крайне важному документу непоправимый ущерб.

По мнению С.Н. Шишкова [27], критерии, позволяющие отнести то или иное психическое расстройство к тяжелому, определяются принятым в гражд-

данском судопроизводстве понятием *неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими*. В рамках этого понятия тяжелое психическое расстройство понимается как феномен, лишаящий больного способности свободного волеизъявления. Поведение пациента, находящегося в психотическом состоянии, всецело определяется болезненными переживаниями. Больной не может оценить варианты возможного поведения и выбрать один из них, наиболее подходящий для пациента в данный момент. В отличие от психотического больного, у наркологического пациента, находящегося вне психоза, такая возможность сохранена. Например, больной опийной наркоманией, перенося острое абстинентное состояние, все же может решить, какой тип поведения предпочесть: получить любым путем, в том числе криминальным, наркотик и немедленно ввести его себе в вену либо обратиться за медицинской помощью, позволяющей, несмотря на сохраняющееся даже в лечебном учреждении крайне дискомфортное состояние, обойтись без приема психоактивного вещества.

Существуют аргументы и чисто практического характера. Условия неспециализированных психиатрических и, тем более, наркологических учреждений не позволяют принудительно удерживать в обычном стационаре больных с зависимостью от ПАВ, как правило, молодых, агрессивных, целенаправленных, сознательно асоциальных, а часто и криминализованных. В отличие от этого, принудительное лечение больных с психотическими состояниями (острым бредом, галлюцинациями, помрачением сознания и пр.) в обычных условиях психиатрических стационаров вполне возможно. Наркологические больные, находящиеся вне психоза, должны принудительно лечиться в особых охраняемых учреждениях, подобных специальным психиатрическим больницам с интенсивным наблюдением, в которых находятся на принудительном лечении опасные для общества пациенты с хроническими психическими заболеваниями.

В Законе «О наркотических средствах и психотропных веществах», принятом 10.12.1997 г. и действующем до настоящего времени, имеется раздел, посвященный недобровольным мерам. Имеются в виду, в первую очередь, принудительное обследование и лечение лиц, не совершивших преступления (уголовно наказуемого деяния). Ниже сделана попытка передать смысл частей Закона, посвященных обсуждаемой проблеме.

Ч. 1 и 5 ст. 44. Медицинское освидетельствование лиц, подозреваемых в употреблении наркотиков [по тексту — недобровольное]. Порядок освидетельствования определяется федеральными органами исполнительной власти.

Ч. 2 ст. 54. Оказание наркологической помощи несовершеннолетним больным наркоманиями в возрасте до 15 лет по просьбе родителей [имеется в виду — без согласия самих несовершеннолетних].

Ч. 3 ст. 54. Назначение судом недобровольной медицинской меры больным наркоманиями, которые, находясь под медицинским наблюдением, продолжают употреблять наркотики или уклоняются от лечения. Порядок применения такой меры определяется законодательством РФ.

Как отмечает Е.И. Цымбал [25, 26], цитированный закон в части недобровольных мер никак не повлиял на ситуацию в наркологии. Так, положения, содержащиеся в ч.1 и ч.5 ст.44, а также ч.3 ст.54, носят бланкетный (отсылочный) характер, так как они не могут быть реализованы без других, дополняющих их законов и подзаконных актов, которые так и не были приняты. Крайне неясным является смысл тех фрагментов Закона о наркотических средствах и психотропных веществах, которые касаются недобровольных мер, применяемых к несовершеннолетним.

Между тем, как отмечалось выше, недобровольные меры, применяемые к лицам, не совершившим преступление (уголовно наказуемое деяние), существуют в большинстве развитых стран. С точки зрения многих специалистов [3, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 24, 25, 29], такое законодательство необходимо и в нашей стране.

Другое дело, что недобровольное лечение не должно нарушать принятые в мире гуманитарные нормы, как это нередко случалось у нас в прошлые годы. Недобровольные меры следует распространить не только на наркологических больных, осужденных за преступление, но и на пациентов этого типа, неоднократно совершавших административные правонарушения (управление транспортом в состоянии опьянения, действия, направленные против общественного порядка, и т.д.).

Если учитывать опыт многих стран, то в эту категорию лиц можно включить и наркологических больных со стойкой склонностью к асоциальному поведению, даже если их действия и не были официально оформлены как правонарушения. Это агрессивные поступки со стремлением причинить ущерб окружающим людям (обычно близким). Агрессия может носить не только физический, но и вербальный, а также любой иной характер. К асоциальному поведению относятся сознательное пренебрежение своими обязанностями перед семьей и обществом, грубые проявления нетерпимости к любым поступкам людей, которые зависят от пациента.

Основной формой указанных недобровольных мер является проведение длительного курса обязательного стационарного или амбулаторного лечения наркологических больных в учреждениях здравоохранения (предпочтение отдается реабилитационным центрам). Контроль за прохождением лечения осуществляют работники суда или службы исполнения наказания, работающие в тесном контакте с медиками.

Не исключено также недобровольное экстренное помещение на короткие сроки в стационар наркологических больных, находящихся в остром состоянии.

Основанием для таких действий является исходящая от пациентов опасность для общества или для них самих. При этом учитывается поведение пациентов

в таком состоянии в прошлом. Возможно сочетание таких мер, как экстренная госпитализация и последующий длительный курс обязательного лечения.

Список литературы:

1. Берзин В.А. Правовые позиции, касающиеся недобровольного наркологического лечения лиц с синдромом тяжелой алкогольной зависимости // *Наркология*. — 2009. — №10. — С. 81—84.
2. Берзин В.А. Правовые проблемы недобровольного наркологического лечения алкоголизма // *Наркология*. — 2010. — №5. — С. 75—86.
3. Галкин В.А. Современные задачи наркологической службы // *Вопросы наркологии*. — 1996. — №1. — С. 71—75.
4. Гофман А.Г., Понизовский П.А. Состояние наркологической помощи в России в динамике с 1999 по 2003 гг. // *Наркология*. — 2005. — №1. — С. 30—35.
5. Гришко А.Я. Правовые и криминологические проблемы социальной реабилитации хронических алкоголиков и наркоманов: Дисс. на соискание ученой степени д.юрид.н.: Академия МВД России. — М., 1993. — 341 с.
6. Гурович И. Я., Котов В. П., Гурьева В. А. Недобровольная госпитализация, ее продление, отказ в выписке // *Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Применительно к закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»*. — М.: Изд-во Центра защиты прав и здоровья граждан, 1993. — С. 41—58.
7. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами: клинические и правовые аспекты. — М.: МНЦ «Инфо коррекция», 2004. — 317 с.
8. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Актуальные проблемы организации обязательного (принудительного) лечения наркологических больных в России // *Наркология*. — 2007. — №2. — С. 8—11.
9. Дьяченко А.П., Цымбал Е.И. Принудительные меры медицинского характера в системе социального контроля над злоупотреблением наркотиками // *X Съезд психиатров России. 10-13-10.2000 г.: Материалы съезда*. — М., 2000. — С. 240.
10. Зыков О.В. О негативных последствиях возврата к принудительному лечению алкоголизма и наркоманий // *Вопросы наркологии*. — 1998. — №1. — С. 73—75.
11. Иванов А.И. О целесообразности принудительного лечения алкоголизма и наркоманий // *Вопросы наркологии*. — 1998. — №1. — С. 69—71.
12. Иванец Н.Н. О целесообразности принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями <http://www.narkotiki.ru/expert_272.html>. — 05.04.2001.
13. Клименко Т.В. Судебно-экспертные аспекты аддиктологии // *Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича*. — СПб.: Речь, 2007. — С. 671—695.
14. Комментарии к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ГК РФ и УК РФ (в части, касающейся лиц с психическими расстройствами) / Под общ. ред. Т.Б. Дмитриевой. — 2-е изд-е. — М.: Спарк, 2002. — С. 187—188.
15. Красавин Л.А., Никифоров И.А., Казаковцев Б.А. О реформе принудительного лечения больных наркологического профиля // *Организация психиатрической и наркологической помощи в РСФСР*. — М., 1991. — С. 65—67.
16. Макушкин Е.В., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Трифионов О.И. Недобровольные медицинские меры, применяемые к осужденным наркологическим больным: Пособие для врачей / Под ред. А.С. Кононца. — М., 2004. — 60 с.
17. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. ВОЗ. — СПб.: Оверлайд, 1994. — С. 9.
18. Менделевич В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур // *Наркология*. — 2005. — №1. — С. 56—64.
19. Пелипас В.Е., Соломоницина И.О., Цетлин М.Г. Принудительное и обязательное лечение больных наркологического профиля (опыт и перспективы): Пособие для врачей. — М., 2005. — 52 с.
20. Рен Н. Принудительное или недобровольное лечение зависимости от алкоголя и наркотиков: Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Отдел алкоголя, наркотиков и табака. — Копенгаген, 1999. — 8 с.
21. Румянцева Г.М., Чуркин А.А. Недобровольное психиатрическое освидетельствование // *Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе (применительно к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»)* / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Центр защиты прав и здоровья граждан, 1993. — С. 34—40.

-
-
22. Румянцева Г.М., Чуркин А.А. Недобровольное психиатрическое освидетельствование // Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе (применительно к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании») / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Центр защиты прав и здоровья граждан, 1993. — С. 40—58.
23. Соболев Е.С. Принудительное лечение: неизбежность или заблуждение? // Наркология. — 2009. — №11. — С. 99—101.
24. Цымбал Е.И. Правовое регулирование оказания наркологической помощи: проблемы и пути их решения. Ч.1 // Наркология. — 2005. — №5. — С. 5—12.
25. Цымбал Е.И. Правовое регулирование оказания наркологической помощи: проблемы и пути их решения. Ч.2 // Наркология. — 2005. — №6. — С. 8—15.
26. Цымбал Е.И. Правовые аспекты аддиктологии // Руководство по аддиктологии. — СПб.: Речь, 2007. — С. 91—119.
27. Шишков С.Н. Российский закон о психиатрической помощи и проблемы наркологии // Психиатрия и общество: Сб. научн. тр. Материалы конференции. — М., 5—7 декабря 2001 г. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. — С. 214—224.
28. Шишков С.Н. Обязательное лечение осужденных, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией // Закон и право. — 2004. — №9. — С. 62—64.
29. Энтин Г.М. Проблемы организации принудительной социальной и медицинской реабилитации больных хроническим алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992. — №2. — С. 97—98.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

УДК 323/324 (574)

СПРОС НА ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2011 ГОДУ. СОВМЕСТИМОСТЬ ДАННЫХ ПО ИНДИКАТОРУ СПРОСА НА ЛЕЧЕНИЕ С ЕВРОПЕЙСКИМИ СТАНДАРТАМИ.

О.Г. Юсопов

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

Введение

В течение последних лет одной из самых проблемных областей в ситуации с потреблением среди населения наркотиков в Республике Казахстан (РК) является употребление героина, также героин является основным наркотическим веществом среди потребителей инъекционных наркотиков. Эта проблема требует значительных шагов для улучшения системы мониторинга ситуации с наркотиками, профилактических и лечебных мер в стране. В связи с этим Президентом страны и Правительством Казахстана предпринимаются значительные меры, чтобы привести в соответствие с международными стандартами систему образования и науки, сбор данных, отчетность и программы профилактики и лечения наркозависимости.

Данная работа была проведена автором в ходе месячной стажировки в Европейском Центре мониторинга за наркотиками и наркоманией (EMCDDA) (см. <http://www.emcdda.europa.eu>) при поддержке Программы САДАР (см. <http://www.cadap.eu/en/content/project-description>). Основная работа во время визита в EMCDDA была сосредоточена на анализе и интерпретации данных по спросу на лечение, характеристиках и формах потребления наркотиков, а также на последствиях употребления наркотиков. Другим важным направлением посещения было изучение европейских стандартов для индикатора спроса на лечение и идентификация сильных и слабых сторон существующих баз данных в Республике Казахстан по этому индикатору.

Показатель спроса на лечение является одним из пяти ключевых эпидемиологических показателей в государствах Европейского Союза, который вносит свой вклад в общую цель по предоставлению объективной, достоверной и сопоставимой информации в отношении наркотиков, наркозависимости и последствий употребления наркотиков.

Целью показателя спроса на лечение является получение (в странах – участницах Европейского Союза) сопоставимой, достоверной информации по количеству и характеристикам проблемных наркоманов, направляемых для лечения. Такая информация по количеству и профилю проблемных наркоманов, проходящих лечение, и паттерны употребле-

ния наркотиков могут помочь:

- в предоставлении показателя спроса на лечение;
- в предоставлении показателя тенденций в проблемном употреблении наркотиков;
- в оценке минимальных необходимых ресурсов для лечения;
- в оценке перспективы по наличию лечебных учреждений;
- в определении паттернов использования лечебных учреждений;
- в планировании и оценке услуг для потребителей наркотиков;
- в оценке распространенности наркозависимости при использовании совместно с другими наборами данных.

К сожалению, не представляется возможным контролировать очень большое количество употребляемых наркотиков (запрещенных или нелегальных). Информация по числу людей, желающих получить лечение в наркологических лечебных организациях, вносит понимание в общие тенденции проблемного употребления наркотиков, а также предлагает перспективу по организации и внедрению лечения.

Система лечения наркомании и мониторинга в Республике Казахстан

Стандартные требования к лечению наркозависимости в Казахстане представлены протоколами диагностики и лечения утвержденными Министерством здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК). Протоколы обеспечивают руководящие принципы для проведения детоксикации, реабилитации и профилактики рецидивов в амбулаторных и стационарных условиях. Амбулаторное и стационарное лечение наркомании в государственных учреждениях включено в перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденного Правительством Республики Казахстан, в качестве лечения социально значимых заболеваний. Также лечение наркозависимости предоставляется бесплатно в соответствие со статьей 34 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», за исключением лечения в частных организациях.

Обязательное стационарное лечение наркомании и алкоголизма регулируется Законом РК № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». Принудительное лечение осуществляется в специальных центрах для принудительного лечения системы здравоохранения по решению суда в отношении лиц, которые уклоняются от добровольного лечения. В основном члены семьи являются инициаторами для такого рода лечения. Сроки принудительного лечения могут варьировать от 6 месяцев до 2 лет.

В конце 2011 года в Республике Казахстан насчитывалось 37 государственных организаций, которые обеспечивали стационарное и амбулаторное лечение наркозависимости и зависимости от других психоактивных веществ (ПАВ). Лечение и реабилитация наркозависимых лиц также проводились в частных клиниках в шести регионах страны. Амбулаторное лечение зависимости от ПАВ предоставлялось в 176 наркологических кабинетов в системе первичной медико-санитарной помощи и 27 частных наркологических кабинетов (Рисунок 1).

Основными поставщиками лечебных услуг для лиц, зависимых от ПАВ, в стране являются государственные наркологические диспансеры (центры), которые предлагают следующие виды услуг по лечению наркозависимости: курсы детоксикации, заместительная фармакотерапия, реабилитация и социальная адаптации в амбулаторных и стационарных условиях.

Мониторинг в отношении лечения лиц, зависимых от ПАВ, в Республике Казахстан осуществляется только в отношении лиц, прошедших лечение в условиях стационара. Источником данных о лечении наркозависимых лиц является статистическая форма отчета № 066-1/у «Статистический учет пациентов, выписанных из лечебных организаций», утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907.

У статистической формы № 066-1/у несколько функций:

а) это статистическая форма, используемая для годовых отчетов Министерства здравоохранения о случаях лечения наркомании в лечебных организациях;

б) это документ, который предоставляет данные для базы данных «АИС-больница» (2010-2011) и портала «Электронный реестр стационарных больных» (2012). «АИС-больница» и портал генерируют счета, которые в дальнейшем используются каждым лечебным учреждением для получения оплаты за осуществленное лечение;

в) это тип анкеты для региональных лечебных учреждений по пролеченным пациентам. Информация по пролеченным пациентам направляются ежемесячно в базу данных Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РПНЦ МСПН).

Первая и вторая функция статистической формы № 066-1/у строго выполняются всеми лечебными организациями, осуществляющими лечение наркозависимости, за исключением частных, так как эти

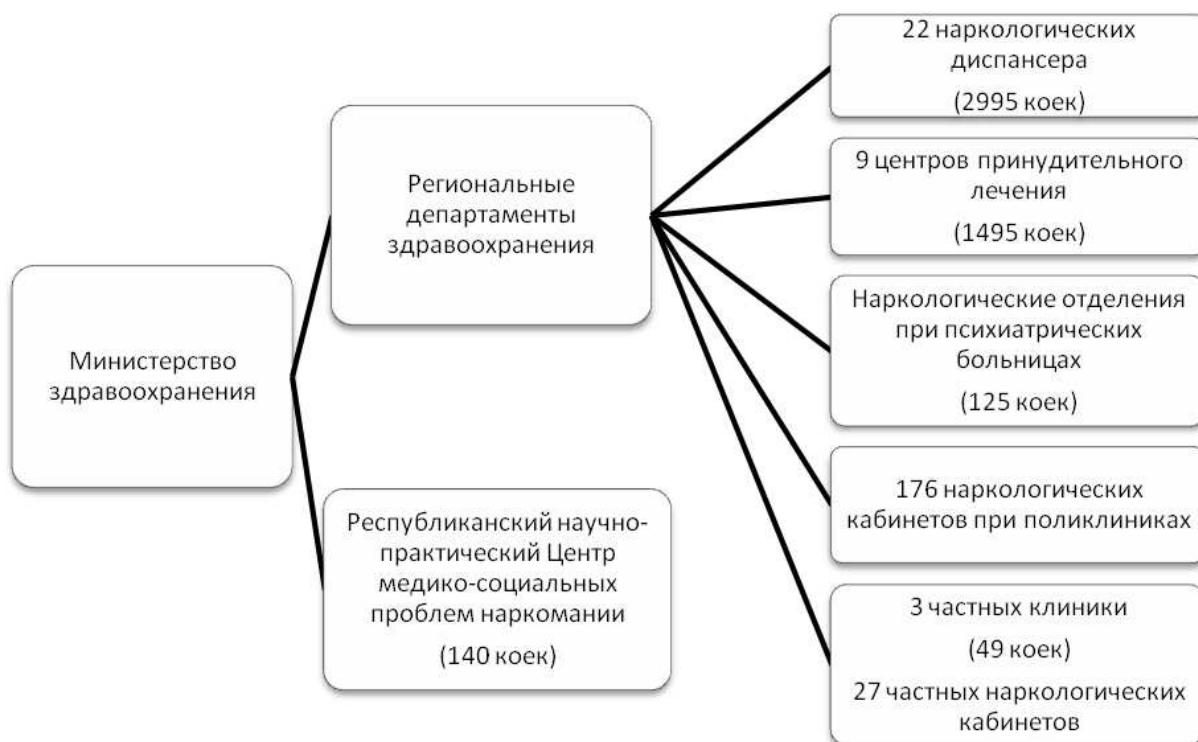


Рисунок 1. Система лечения наркотической зависимости в Республике Казахстан по состоянию на 2011 год

функции напрямую связаны с надежностью статистики в организации и в стране, с вопросами финансирования организации. Третья функция не является обязательной для всех организаций и выполняется не всеми лечебными учреждениями. Например, в базу данных частично внесены данные о пациентах, пролеченных в принудительных условиях, а данные из частных организаций не представлены совсем.

В Казахстане индикатор спроса на лечение определяется только в отношении стационарных пациентов государственных наркологических организаций. В 2011 году данные по спросу на лечение охватывали 77,8% всех пациентов, имеющих проблемы с наркотиками и получивших наркологическое лечение в стационарных лечебных учреждениях страны. По некоторым оценкам сделанным экспертами РНПЦ МСПН, около 20% всех амбулаторных посещений в стране были связаны с наркотиками, при этом, сколько из них были лечеными эпизодами на данный момент невозможно определить.

Относительно процесса сбора данных – вся информация поступает в Национальную базу данных из наркологических организаций в электронном формате и РНПЦ МСПН покрывает все финансовые расходы, связанные со сбором данных. Специалисты РНПЦ МСПН регулярно осуществляют проверку предоставляемых данных (заполнение, последовательность, своевременность и т.д.) Также существует национальный регистр лиц, имеющих проблемы с наркотиками и другими ПАВ, который является персонифицированным. Дублирование данных и двойной учет контролируется на региональном и национальном уровнях.

База данных РНПЦ МСПН содержит данные о поле, национальности, возрасте, месте проживания, социальном статусе, условиях проживания, уровне образования, диагнозе заболевания по Международной классификации болезней 10 пересмотра (1994) (МКБ-10), истории лечения, сопутствующих заболеваниях, потребляемых веществах, частоте потребления, услугах, предоставленных в ходе лечения. Все личные данные кодируются, конфиденциальность обеспечивается посредством ограничения доступа к базе данных.

Методология исследования

Для описания ситуации с лечением в стране была использована база данных Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании и официальные статистические данные Министерства здравоохранения о зарегистрированных потребителях наркотиков. Вся личная информация, которая содержалась в базах данных, была закодирована с помощью соответствующего программного обеспечения. Таким образом, возможность идентификации личности пациентов была полностью ограничена и для всех пациентов в базе данных сохранялась анонимность.

Для сравнения показателей спроса на лечение проводился анализ соответствия между статистической формой № 066-1/у «Статистический учет пациентов, выписанных из наркологических организаций», используемой в Казахстане для отчета о лечении пациентов, и стандартным протоколом 3.0 для индикатора спроса на лечение EMCDDA. Данный сравнительный анализ был посвящен оценке согласованности данных, используемых в Казахстане, с основными определениями EMCDDA для индикатора спроса на лечение. Также была проведена последовательная оценка содержания национальных статистических форм и основных пунктов, предложенных EMCDDA в стандартном протоколе 3.0. по индикатору спроса на лечение. Для оценки была использована следующая градация: а) полностью соответствует б) не совпадает, но возможно извлечь данные, в) не совпадает, и невозможно извлечь данные.

Результаты

Случаи лечения и демографический профиль пролеченных пациентов

Сведения о лечении в амбулаторных и стационарных условиях на данный момент не представляется возможным объединить в связи с тем, что данные по лечению в амбулаторных условиях включают в себя только количество посещений и не позволяют идентифицировать лечебные эпизоды, а также выделить клиентов с наркотической зависимостью из общего количества обратившихся клиентов.

В амбулаторных наркологических организациях страны в 2011 году было зарегистрировано 540 412 посещений, касающиеся проблем, связанных с употреблением табака, алкоголя и наркотиков (Таблица 1). Были покрыты наркологическими диспансерами 81,9% всех посещений, наркологическими кабинетами при поликлиниках – 14,2%, частными наркологическими кабинетами – 3,9%.

Относительно стационарного лечения по поводу проблем, связанных с потреблением наркотиков, были пролечены в наркологических диспансерах 81,1% всех пациентов, в РНПЦ МСПН – 12,4%, в Центрах принудительного лечения – 4,5% и в наркологических отделениях при психиатрических больницах – 2%.

В 2011 году было зарегистрировано 4361 пациент, обратившийся по поводу стационарного лечения наркозависимости в государственные наркологические организации страны, в том числе 2972 пациентов, которые были госпитализированы впервые жизни (Таблица 2). Самое большое количество пациентов, получивших лечение по поводу наркозависимости на 1000 населения, проживающих в регионе, было зарегистрировано в Астане (0,71) и Алматы (0,47), а также в Восточно-казахстанской (0,3), Карагандинской (0,55), Кызылординской (0,389) и Костанайской (0,63) областях.

За последние три года количество пролеченных пациентов по поводу наркотической зависимости

Таблица 1

*Количество случаев лечения по типам лечебных организаций
в Республике Казахстан в 2011 году*

Лечебное учреждение	Количество случаев лечения	Комментарии
РНПЦ МСПН	540	-
Наркологические диспансеры - стационар	3535	-
Наркологические диспансеры - амбулатория	442744	Количество посещений, включая алкогольную и табачную зависимость
Центры принудительного лечения	195	-
Наркологические отделения при 6 психиатрических больницах	91	-
Наркологические кабинеты в поликлиниках	76455	Количество посещений, включая алкогольную и табачную зависимость
Частные клиники	2067	Включая алкогольную и табачную зависимость
Частные наркологические кабинеты	21213	Количество посещений, включая алкогольную и табачную зависимость

имеет тенденцию к снижению (в 2010 году на 20,5%, в 2011 году на 16,9%, по сравнению с предыдущим годом). В тоже время число впервые пролеченных пациентов в общей структуре обратившихся за лечением с каждым годом возрастает (в 2010 году на

1%, в 2011 году на 1,8%, по сравнению с предыдущим годом).

Большинство впервые пролеченных клиентов имеет окончательный диагноз психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением

Таблица 2

Области	Количество наркологических учреждений ¹	Количество учреждений, предоставляющих данные	2009		2010		2011		
			Все пациенты	Впервые пролеченные	Все пациенты	Впервые пролеченные	Все пациенты	Впервые пролеченные	Пациенты на 1000 населения
Акмолинская	2	2	93	90	56	48	47	38	0,06
Актюбинская	2	2	247	36	170	38	170	66	0,22
Алматинская	2	2	61	58	46	7	52	20	0,03
Атырауская	1	1	55	47	51	23	40	15	0,07
Восточно-Казахстанская	6	6	429	347	265	207	181	167	0,30
Жамбылская	1	1	296	266	246	195	237	182	0,22
Западно-Казахстанская	1	1	271	221	291	260	195	190	0,14
Карагандинская	7	7	773	674	672	590	486	413	0,55
Кызылординская	1	1	313	231	298	226	269	186	0,38
Костанайская	2	2	447	431	406	355	342	299	0,63
Мангустауская	2	2	97	82	77	71	78	69	0,03
Павлодарская	2	2	305	258	264	196	145	124	0,19
Северо-Казахстанская	2	2	197	64	153	39	129	37	0,22
Южно-Казахстанская	2	2	439	154	255	121	239	221	0,17
г. Алматы	2	2	1139	868	888	668	683	518	0,47
г. Астана	1	1	640	420	527	375	531	363	0,71
РНПЦ МСПН	1	1	795	61	583	63	537	64	
Республика Казахстан	37	37	6597	4308	5248	3482	4361	2972	0,26

¹ Включает только организации, обеспечивающие стационарное лечение наркозависимости в Республике Казахстан, за исключением частных клиник

Распределение впервые пролеченных пациентов по диагнозам МКБ-10 в 2009-2011 гг.

Области	2009 год				2010 год				2011 год			
	F11	F12	F13-F18	F19	F11	F12	F13-F18	F19	F11	F12	F13-F18	F19
Акмолинская	44	1	15	30	18	1	6	24	11	2	2	25
Актюбинская	33	1	2	-	34	-	4	-	8	-	5	53
Алматинская	57	-	1	-	7	-	0	-	20	-	0	
Атырауская	17	-	1	29	-	-	0	23	3	-	4	8
Восточно-Казахстанская	303	-	5	39	173	3	9	25	135	-	3	29
Жамбылская	138	7	42	79	129	4	18	48	69	3	6	107
Западно-Казахстанская	154	11	34	22	141	71	99	20	107	16	57	26
Карагандинская	532	8	32	102	419	3	26	145	247	8	29	137
Кызылординская	54	84	9	84	44	45	46	136	18	36	42	126
Костанайская	339	86	4	2	324	21	21	10	277	17	19	3
Мангустаяская	66	10	0	6	65	3	3	3	55	4	5	9
Павлодарская	242	3	3	10	193	1	1	2	117	2	2	5
Северо-Казахстанская	42	2	2	18	21		2	16	17	1	4	16
Южно-Казахстанская	75	-	13	66	58	5	21	42	80	2	16	125
г. Алматы	683	34	138	13	582	24	49	37	464	14	23	31
г. Астана	341	7	0	72	255	1	1	119	240	4	4	119
РНПЦ МСПН	56	-	1	4	58	2	2	3	56	1	1	7
Республика Казахстан	3176	254	302	576	2521	184	308	653	1924	110	222	826

опиоидов (F11 по МКБ-10, 1994) (Таблица 3), имели окончательный диагноз психических и поведенческих расстройств, вызванных сочетанным потреблением психоактивных веществ (F19 – МКБ-10, 1994) 26,8% пациентов.

За последние три года наблюдается тенденция к уменьшению числа лиц с диагнозом: F11 в структуре всех пролеченных клиентов (в 2010 на 1,3%, в 2011 на 7,7%, по сравнению с предыдущим годом). Параллельно с этим доля пациентов с окончательным диагнозом: F19 возрастает (в 2010 на 5,4%, в 2011 году на 9%, по сравнению с предыдущим годом).

По демографическим характеристикам наибольшее число пациентов, пролеченных в 2011 году, составляли мужчины (89,9%). Средний возраст пациентов составил 34,1 года.

Результаты, представленные ниже, основаны на базе данных РНПЦ МСПН (все пациенты – n=3392, впервые пролеченные – n=1045), которая представляет 77,8% всех клиентов, получивших стационарное лечение по поводу наркозависимости в Республике Казахстан. Эта база заполняется и контролируется экспертами РНПЦ МСПН и региональными наркологическими диспансерами.

По национальному составу большинство пациентов пролеченных в 2011 году были и казахами и русскими (Таблица 4). В расчете на 1000 человек населения соответствующей национальности, самый высокий показатель обращения за наркологическим лечением определен среди корейцев, татар и русских.

Среди всего количества пролеченных пациентов в 2011 году 54,5% проживали со своими семьями

(родительская семья и/или партнер/дети), жили у родственников – 35,4%, в одиночестве – 5,7%, не имели постоянного места жительства – 0,1%.

По трудовому статусу 69,4% от всего количества пациентов были безработными, имели регулярную занятость – 1,7%, нерегулярную занятость – 4,9%, являлись студентами – 0,3%, были инвалидами – 0,3%. Другие источники к существованию включали в себя поддержку семьи и родственников (6%).

Распределение по образовательному статусу среди всего количества пролеченных пациентов в 2011 году выглядит следующим образом. Высшее образование имели 14,7% пролеченных пациентов, среднее или средне специальное образование было у 72%, начальное образование – у 0,4%, никогда не посещали школу и не имеют никакого образования 1% пролеченных пациентов.

История госпитализаций

Большинство пациентов в 2011 году (66,4%) были направлены на лечение наркологом или наркологическим учреждением (5,5%). Самостоятельно обратились за наркологическим лечением 11,5% пациентов, были направлены на лечение правоохранительными органами – 9,2%, семьей – 0,2%.

Среди тех, кто ранее получал лечение в наркологических учреждениях, 50% имели от 2 до 5 предыдущих эпизодов лечения от наркозависимости (Рисунок 2). Среднее число госпитализаций среди ранее пролеченных составляет 4,1 раза, среднее – 3, максимальное количество госпитализаций – 35 в течение жизни было зарегистрировано у одного клиента.

Распределение пролеченных пациентов в 2011 году по национальности

Национальность	Все пациенты (n=3392)		Население ²		Все пациенты на 1000 соответствующего населения
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%	
Русские	1599	47,1	3726722	22,35	0,43
Казахи	1166	34,4	10764253	64,55	0,11
Татары	109	3,2	203371	1,22	0,54
Украинцы	85	2,5	313698	1,88	0,27
Уйгуры	66	1,9	237582	1,42	0,28
Корейцы	62	1,8	103456	0,62	0,60
Немцы	50	1,5	180832	1,08	0,28
Азербайджанцы	27	0,8	93490	0,56	0,29
Узбеки	29	0,9	493783	2,96	0,06
Турки	13	0,4	101416	0,61	0,13
Белорусы	11	0,3	62694	0,38	0,18
Другие	102	3,0	394095	2,36	0,26
Неизвестно	74	2,2	-	-	-

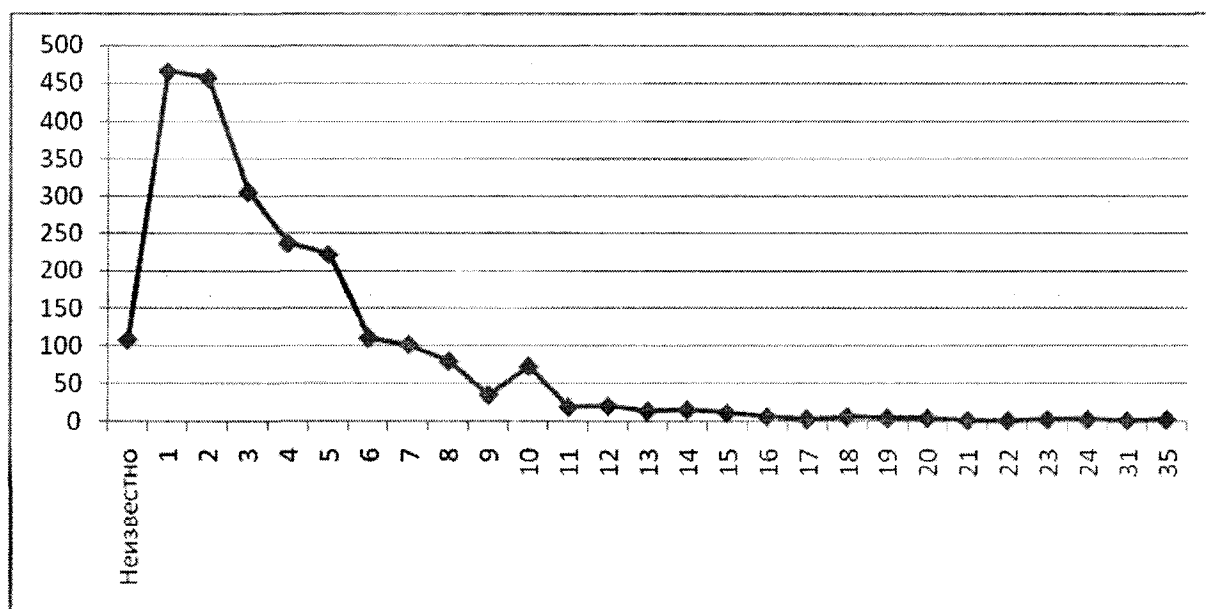


Рисунок 2. История госпитализаций среди ранее пролеченных пациентов (x – количество лечебных эпизодов, y – количество пациентов) в 2011 году

По продолжительности лечения (Рисунок 3) у 50% всех пролеченных пациентов, получивших лечебные услуги в 2011 году, первая госпитализация длилась менее 20 дней, у 33,5% – до 60 дней, у 15,2% – более 60 дней.

Согласно имеющимся протоколам лечения наркозависимости в Республике Казахстан на первом этапе лечения – детоксикации – продолжительность лечения составляет до 20 дней. На данном этапе кли-

енты получают услуги по лечению симптомов абстиненции, а также проходят мотивационное интервьюирование и психологическое консультирование (10-20 дней лечения). Второй этап – психологическая реабилитация имеет продолжительность от 40 до 60 дней и включает в себя интенсивную групповую и индивидуальную психотерапию, групповые и индивидуальные консультации, социально-психологические тренинги. Третий этап – социальная реабилитация

² Агентство по статистике Республики Казахстан. 2012. Доступно на: <http://www.eng.stat.kz>.

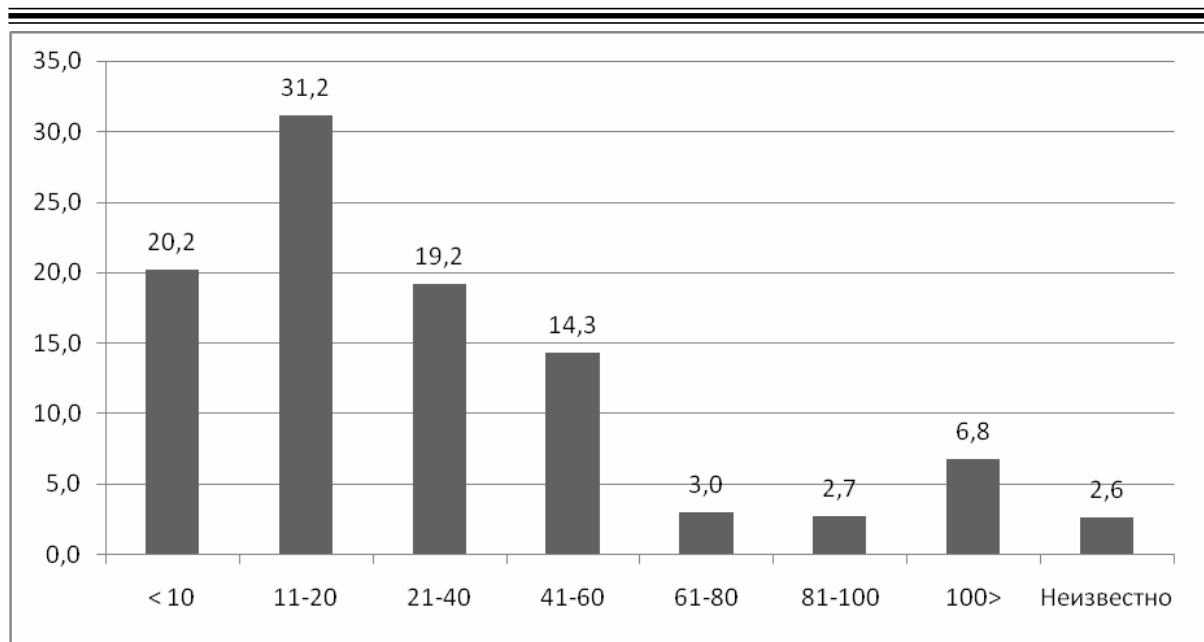


Рисунок 3. Продолжительность первой госпитализации среди пролеченных пациентов (x – количество дней, y – % от общего числа клиентов) в 2011 году

литация имеет продолжительность от 60 до 180 дней и включает в себя реабилитацию в терапевтическом сообществе, дополнительное трудовое обучение, участие в волонтерской деятельности в области профилактики и лечения наркомании.

Потребление наркотиков

Опиоиды на протяжении нескольких лет остаются наиболее проблемными наркотическими веществами в стране. Употребление опиоидов является проблемным первичным веществом (послужившим причиной обращения за лечением) среди 87,74% от всех пролеченных лиц с зависимостью от наркотиков в 2011 году в РК (Таблица 5). Доля лиц, зависимых от героина, среди пролеченных пациентов составляет 84,06%.

После героина, каннабис является наиболее распространенным основным наркотиком среди пролеченных пациентов, а также другие вещества (6,04%), которые в большинстве случаев включали алкоголь. Данные пациенты обращались за лечением в связи с потреблением алкоголя, а наркотики, в основном героин, указывали в качестве вторичного вещества.

Среди впервые пролеченных пациентов доля потребителей опиоидов составляет 90,47%, и среди этой группы пациентов наиболее часто регистрировалось потребление других опиоидов (в основном кустарно изготовленных наркотических веществ, таких как дезоморфин). Каннабис является основным проблемным веществом среди 5,7% всего количества впервые пролеченных пациентов, далее следуют ингаленты и седативные вещества.

Другие вещества (в основном алкоголь) являются наиболее проблемными вторичными веще-

ствами для 17,1% от всего количества пролеченных пациентов и 16,6% впервые пролеченных пациентов. Далее следуют опиаты, которые являются вторичными проблематичным веществом для 5,99% всего количества пролеченных пациентов и 8,2% от количества пациентов, пролеченных впервые в жизни.

Средний возраст начала употребления первичного проблемного наркотика составляет 22 года, медиана - 18 лет, минимальный возраст первой пробы - 6 лет, максимальный возраст составил 60 лет. Начали использовать наркотики в возрасте до 21 лет 50% всех пролеченных пациентов (Рисунок 4).

О ежедневном потреблении наркотиков до поступления на лечение сообщили 77,2% всех пролеченных пациентов, 5,7% пациентов потребляли наркотики 2-6 раз в неделю, 5,2% – 1 раз в месяц или меньше. Среди впервые пролеченных пациентов 75,2% указали на ежедневное употребление наркотиков, 2-6 раза в неделю – 9,9%, раз в месяц или меньше – 3,8%.

Основным путем употребления наркотиков являются внутривенные инъекции (82,6% всех пролеченных и 85% впервые пролеченных пациентов). Далее следуют курение (4,3% и 4,6% соответственно) и пероральный путь потребления (4,7% и 4,5% соответственно).

Сопутствующие заболевания

Распространенность ВИЧ среди всех пролеченных пациентов составила 4% в 2011 году (Таблица 6). Распространенность гепатита С составила 35,8%. Гепатит В был выявлен у 3,7% пациентов, туберкулез у 2,2% всех пролеченных пациентов.

Среди других заболеваний наиболее часто регистрируются токсическое поражение печени (12,4%),

Таблица 5

Первичное и вторичное проблемные вещества среди пролеченных пациентов, 2011

Вещества	Первичное ПАВ				Вторичное ПАВ			
	Все пациенты		Впервые пролеченные		Все пациенты		Впервые пролеченные	
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%
Опиоиды	2977	87,74	987	90,47	202	5,99	89	8,2
Героин	2852	84,06	921	84,42	97	2,9	53	4,9
Опий	85	2,51	22	2,02	63	1,9	16	1,5
Метадон/бупренорфин	-	-	-	-	3	0,09	2	0,2
Другие	40	1,18	44	4,03	39	1,1	18	1,6
Кокаин	1	0,03	1	0,09	-	-	-	-
Стимулянты	9	0,27	4	0,37	11	0,36	5	0,49
Амфетамины	4	0,12	1	0,09	2	0,06	1	0,09
Метамфетамины	-	-	-	-	-	-	-	-
Другие стимулянты	5	0,15	3	0,27	9	0,3	4	0,4
Гипнотики и седативные	19	0,55	13	1,19	48	1,39	18	1,7
Барбитураты	2	0,06	2	0,18	11	0,3	5	0,5
Бензодиазепины	2	0,06	2	0,18	1	0,03	-	-
Другие седативные	15	0,44	9	0,82	36	1,06	13	1,2
Галлюциногены	4	0,12	3	0,27	-	-	-	-
ЛСД	2	0,06	2	0,18	-	-	-	-
Кетамин	1	0,03	-	-	-	-	-	-
Другие галлюциногены	1	0,03	1	0,09	-	-	-	-
Ингалянты	17	0,50	14	1,28	2	0,06	-	-
Каннабис	161	4,75	64	5,87	107	3,2	48	4,4
Другие вещества	205	6,04	5	0,46	581	17,1	181	16,6

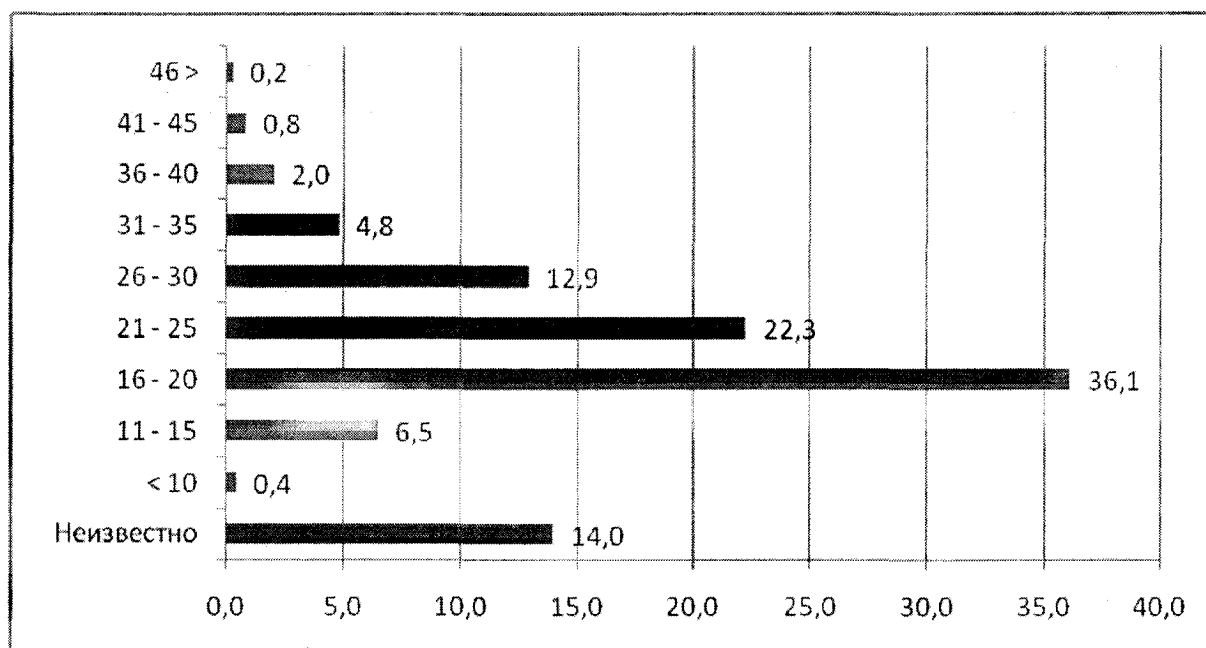


Рисунок 4. Возраст начала потребления первичного проблемного вещества в 2011 году, (%)

Распространенность инфекционных заболеваний среди пролеченных пациентов в 2011 году

Инфекционные заболевания	Все пациенты		Впервые пролеченные	
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%
Гепатит В	127	3,7	40	3,7
Гепатит С	1213	35,8	321	29,4
Туберкулез	73	2,2	11	1,0
ВИЧ	137	4,0	39	3,6

токсическая энцефалопатия (11,7%), алкогольная болезнь печени (10,4%), кардиомиопатия (6,9%) и хронический бронхит (5%).

Сопоставимость индикатора спроса на лечения в Республике Казахстан со стандартами Европейского Союза (EMCDDA)

Согласно европейскому стандартному протоколу по индикатору спроса на лечение (TDI), должны учитываться все случаи лечения, связанные с потреблением наркотиков, в лечебно-профилактических центрах с 1 января по 31 декабря отчетного года, при этом учитывается только первый эпизод лечения. В Казахстане регистрируются все случаи лечения, тем не менее, программное обеспечение, используемое на национальном уровне, позволяет устранить дублирование и выбрать первый эпизод лечения для дальнейшего анализа в соответствии с протоколом TDI.

В Республике Казахстан лечение наркомании осуществляется только аккредитованными специалистами и в специально организованных условиях, что полностью соответствует европейским стандартам в отношении определения наркологического лечения.

Национальное определение начала и окончания лечения, первичного и вторичного проблемного вещества, а также использование МКБ-10 для постановки диагноза полностью соответствует европейскому стандартному протоколу по индикатору спроса на лечение.

Для оценки согласованности содержания национальных статистических форм и основных пунктов, предложенных EMCDDA, в отношении TDI была использована следующая градация: а) – полностью соответствует (ПС) б) – не совпадает, но возможно извлечь данные (ЧС), с) – не совпадает, и невозможно извлечь данные (НС).

В Таблице 7 первый столбец отражает основные пункты стандартного протокола TDI, предложенного EMCDDA, второй столбец отражает содержание статистической формы № 066-1/у Республики Казахстан, третий столбец представляет оценку соответствия между европейским стандартным протоколом и статистической формой № 066-1/у.

На основе проведенного сравнения можно сделать следующие выводы. Статистическая форма отчета № 066-1/у имеет полное соответствие с 7 пунктами (30%) европейского стандартного протокола

TDI. Данные не совпадают, но информация может быть извлечена по 10 пунктам (40%), и 7 пунктов (30%) не совпадают и данные не могут быть извлечены. В тоже время статистическая форма в Республике Казахстан охватывает 100% информации в разделе «Обращение за лечением», в разделе, посвященном социально-демографическим показателям, – 57% данных и данных в разделе, посвященном информации о потреблении наркотиков и последствиях потребления, – 69%.

Выводы

За последние три года количество пролеченных пациентов по поводу наркотической зависимости имеет тенденцию к снижению. В тоже время число впервые пролеченных пациентов в общей структуре обратившихся за лечением с каждым годом возрастает.

Также за последние три года наблюдается тенденция уменьшения числа лиц с диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате потребления опиоидов в структуре всех пролеченных клиентов. Параллельно с этим доля пациентов с окончательным диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате сочетанного потребления ПАВ возрастает.

По демографическим характеристикам наибольшее число пациентов, пролеченных в 2011 году, составили мужчины, средний возраст пациентов равнялся 34,1 года. Самый высокий показатель обращения за наркологическим лечением определен среди корейцев, татар и русских.

Более половины пролеченных пациентов проживали в семье, имели статус безработного, и получили среднее или средне специальное образование.

По продолжительности лечения у 50% всех пролеченных пациентов, получивших лечебные услуги в 2011 году, первая госпитализация длилась менее 20 дней.

Опиоиды являются проблемными первичными веществами, послужившим причиной обращения за лечением, среди 87,74% от всех пролеченных лиц с зависимостью от наркотиков в 2011 году в Республике Казахстан. Доля зависимых от героина среди пролеченных пациентов составляет 84,06%. Начали использовать наркотики в возрасте до 21 лет 50% всех пролеченных пациентов. Основным путем употребле-

Таблица 7

*Согласованность национальных статистических форм
со стандартным протоколом TDI, предложенным EMCDDA*

TDI пункты	Статистическая форма № 066-1/y	Оценка
Обращение за лечением		
1. Тип лечебного учреждения	Охватывает только стационарные программы. Не охватывает амбулаторную помощь и частный сектор.	ЧС
2. Дата лечения - год	Включает полностью дату и время обращения и выписки.	ПС
3. Предыдущие лечение	Включает три пункта: предыдущие лечение, предыдущие лечение в этом году, предыдущие лечение в данном центре.	ПС
4. Источник направления	Включает: поликлиники, наркологические кабинеты, самостоятельное обращение, экстренный вызов, другие лечебные организации, другие наркологические центры, правоохранительные органы, суд, НПО и другие.	ЧС
Социально-демографическая информация		
5. Пол	Включает: мужчины, женщины.	ПС
6. Возраст	Вычисляется программным обеспечением как разница между датой обращения и датой рождения.	ЧС
7. Условия проживания (с кем)	Охватывает только последние 30 дней и включает: один/одна, с семьей, с партнером, с родственниками, не известно.	НС
8. Проживание с детьми	Нет информации.	НС
9. Условия проживания (где)	Учитывается только бездомность.	НС
10. Трудовой статус	Включает: служащие, рабочие, работники сельского хозяйства, пенсионеры, студенты, домохозяйство, индивидуальный труд, духовенство, безработные и другие.	ЧС
11. Уровень образования	Включает: не посещал школы, спецшколы, начальное образование, среднее образование, средне специальное образование, незаконченное высшее образование, высшее образование и другое.	ЧС
Потребление наркотиков		
12. Первичное вещество	Охватывает все вещества.	ПС
13. Способ потребления	Охватывает все способы потребления.	ПС
14. Частота потребления	Включает: ежедневно, 2-6 раз в неделю, 1 раз в неделю или менее, не потреблял в течение последних 30 дней, не известно.	ЧС
15. Возраст первой пробы первичного вещества	Охватывает возраст начала потребления и продолжительность потребления.	ПС
16. Вторичные вещества	Включает до двух других потребляемых психоактивных веществ.	ПС
17. Полинаркомания	Нет информации.	НС
18. Заместительная терапия	Нет информации.	НС
19. Возраст при начале заместительной терапии	Нет информации.	НС
20. Инъекционное потребление в течение жизни/текущее инъекционное потребление	Включает только текущее инъекционное потребление	ЧС
21. Возраст при первой инъекции	Нет информации.	НС
22. Тестирование на ВИЧ	Охватывает только ВИЧ статус.	ЧС
23. Тестирование на гепатиты	Охватывает только статус в отношении гепатитов.	ЧС
24. Использование общих шприцев/игл	Охватывает только частоту совместного использования инъекционного оборудования и включает: никогда не использовал, использовал, но не в последние 30 дней, использовал в последние 30 дней, не известно.	ЧС

ления наркотиков является внутривенные инъекции. Более 70% всех пролеченных пациентов сообщили о ежедневном потреблении наркотиков до поступления на лечение.

Распространенность ВИЧ среди всех пролеченных пациентов составила 4% в 2011 году. Распространенность гепатита С составила 35,8%. Среди других заболеваний наиболее часто регистрируются токсическое поражение печени, токсическая энцефалопатия, алкогольная болезнь печени, кардиомиопатия и хронический бронхит.

На основании приведенного сравнительного анализа по индикатору спроса на лечение могут быть предложены следующие рекомендации для согласования системы сбора данных в Республике Казахстан со стандартами Европейского Союза:

- улучшить охват данных за счет расширения системы сбора данных с включением амбулаторных служб, центров принудительного лечения, психиатрических и частных клиник;

- гармонизировать системы сбора данных и мониторинга с международными стандартами в соответствии с существующими финансовыми и человеческими ресурсами в стране;
- в связи с некоторыми этическими вопросами крайне рекомендуется использовать уникальный идентификатор для физических лиц, обращающихся за наркологическим лечением, на региональном и национальном уровнях с заменой ныне существующего регистра с использованием персональных данных – фамилия, имя, отчество;
- внести дополнения и изменения в национальную статистическую форму (информация о потреблении наркотиков, социально-демографические показатели), и тем самым повысить согласованность с международными стандартами и стандартами Европейского Союза по индикатору спроса на лечение.

ТҮЙІНДЕМЕ

МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУДЫҢ ЕМХАНАЛЫҚ ЖӘНЕ СТАЦИОНАРЛЫҚ КЕЗЕҢІНДЕ ПСИХОБЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІЛЕРДІҢ УӘЖДІК САЛАСЫ ЖҰМЫСЫНДА ПАЙДАЛАНАТЫН СТРАТЕГИЯЛЫҚ ПОЛИМОДАЛЬДЫҚ ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ ТЕХНИКАЛАРЫ

А.Л. Катков

«Медициналық-әлеуметтік оңалтудың емханалық және стационарлық кезеңінде психобелсенді заттардан тәуелділердің уәждік саласы жұмысында пайдаланатын стратегиялық полимодальдық психотерапияның құрылымдық техникасы» мақаласында автор А.Л. Катков химиялық тәуелді адамдардың уәждік саламен жұмысында пайдаланатын СПП құрылымдық технологиялары толық бейнеленеді. Басты екпін қолданылатын техникалық тәсілдердің әр түрлілігі мен кешенділігіне жасалады. Олардың тиімділігінің жалпы межелері қаралады.

Кілттік сөздер: химиялық тәуелділік; стратегиялық полимодальдық психотерапия; уәждік сала; техникалар.

ПСИХОБЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІЛЕРДІҢ РЕЦИДИВКЕ ҚАРСЫ ЖӘНЕ ҚОЛДАУ ТЕРАПИЯСЫ КЕЗЕҢІНДЕ ПАЙДАЛАНАТЫН СТРАТЕГИЯЛЫҚ ПОЛИМОДАЛЬДЫҚ ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ ТЕХНИКАЛАРЫ

А.Л. Катков

Автор А.Л. Катковтың «Психобелсенді заттардан тәуелділердің рецидивке қарсы және қолдау терапиясы кезеңінде пайдаланатын стратегиялық полимодальдық психотерапияның құрылымдық техникалары» мақаласында тәуелді адамдарға қатысты рецидивке қарсы және қолдау терапиясы кезеңінде пайдаланатын СПП құрылымдық технологиялары және қосымша «өмірлік күштер», «энергиялар» және т.б. қосымша ресурстарға сұраныс берушілер толық бейнеленеді, мұнда басты екпін қолданылатын техникалық тәсілдердің әр түрлілігі мен кешенділігіне жасалады.

Кілттік сөздер: стратегиялық полимодальдық психотерапия; патологиялық тәуелділік; техникалар.

ПСИХОБЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІЛЕРДІҢ ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДӘРЕЖЕСІ НЫСАНАСЫМЕН ЖҰМЫСТА ПАЙДАЛАНАТЫН СТРАТЕГИЯЛЫҚ ПОЛИМОДАЛЬДЫҚ ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ ТЕХНИКАЛАРЫ

А.Л. Катков

Автор А.Л. Катковтың «Психобелсенді заттардан тәуелділердің пастологиялық психикалық дәрежесі нысанасымен жұмыста пайдаланатын стратегиялық полимодальдық психотерапияның құрылымдық техникалары» мақаласында осындай наркологиялық нысанамен патологиялық психикалық дәреже ретінде ПБЗ тәуелді адамдарға (әдеттегі эмоциялық бұзылымдар) қатысты пайдаланатын СПП құрылымдық технологиялары толық бейнеленеді, мұнда басты екпін қолданылатын техникалық тәсілдердің әр түрлілігі мен кешенділігіне жасалады.

Кілттік сөздер: химиялық тәуелділік; эмоциялық бұзылымдар; стратегиялық полимодальдық психотерапия; техникалар.

ПСИХОБЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІЛЕРДІҢ ПАТОЛОГИЯЛЫҚ СОМАТИКАЛЫҚ ДӘРЕЖЕСІ НЫСАНАСЫМЕН ЖҰМЫСТА ПАЙДАЛАНАТЫН СТРАТЕГИЯЛЫҚ ПОЛИМОДАЛЬДЫҚ ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ ТЕХНИКАЛАРЫ

А.Л. Катков

Автор А.Л. Катковтың «Психобелсенді заттардан тәуелділердің пастологиялық соматикалық дәрежесі нысанасымен жұмыста пайдаланатын стратегиялық полимодальдық психотерапияның құрылымдық техникалары» мақаласында осындай наркологиялық нысанамен патологиялық соматикалық дәреже ретінде пайдалана-

тын СПП құрылымдық технологиялары толық бейнеленеді, мұнда басты екпін қолданылатын техникалық тәсілдердің әр түрлілігі мен кешенділігіне жасалады. Олардың тиімділігінің жалпы межелері келтіріледі.

Кілттік сөздер: химиялық тәуелділік; патологиялық соматикалық дәреже; стратегиялық полимодальдық психотерапия; техникалар.

ПСИХОБЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІЛЕРДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫ САТЫСЫНДА ПАЙДАЛАНАТЫН СТРАТЕГИЯЛЫҚ ПОЛИМОДАЛЬДЫҚ ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ ТЕХНИКАЛАРЫ

А.Л. Катков

Автор А.Л. Катковтың «Психобелсенді заттардан тәуелділердің медициналық-әлеуметтік оңалту бағдарламаларының қорытынды сатысында пайдаланатын стратегиялық полимодальдық психотерапияның құрылымдық техникалары» мақаласында МӨО бағдарламасының аяқталу сатысындағы шығарудың алдындағы қорқыныш, емделуге қайтып келу, қалыпты өмір сияқты, байқалатын әдеттегідей проблемалармен жұмыста пайдаланатын СПП құрылымдық технологиялары толық бейнеленеді, мұнда басты екпін қолданылатын техникалық тәсілдердің әр түрлілігі мен кешенділігіне жасалады. Олардың тиімділігінің жалпы межелері келтіріледі.

Кілттік сөздер: стратегиялық полимодальдық психотерапия; патологиялық тәуелділік; техникалар.

АЛҒАШҚЫ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК САТЫСЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН СТРАТЕГИЯЛЫҚ ПОЛИМОДАЛЬДЫҚ ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ

А.Л. Катков

Автор А.Л. Катковтың «Алғашқы наркологиялық көмек сатысында қолданылатын стратегиялық полимодальдық психотерапияның технологиялары» мақаласында ПБЗ тәуелділерге алғашқы психотерапиялық көмек көрсету барысында қолданылатын СПП технологиялары мен сатылары бейнеленеді. Психотерапиялық жұмыс жүргізілетін негізгі нысаналар қаралады. ПБЗ-дан тәуелділердің уәждік саласындағы басты рольге назар аударылады. Пайдаланылатын психотерапиялық тәсілдердің тиімділігіне өлшемдер келтіріледі.

Кілттік сөздер: стратегиялық полимодальдық психотерапия; наркологиялық көмек; бастапқы кезең.

ПСИХОБЕЛСЕНДІ ЗАТТАРҒА ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ЕЛІКТЕУ НЫСАНАСЫМЕН ЖҰМЫСТА ПАЙДАЛАНАТЫН СТРАТЕГИЯЛЫҚ ПОЛИМОДАЛЬДЫҚ ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ТЕХНИКАЛАРЫ

А.Л. Катков

Автор А.Л. Катковтың «Психобелсенді заттарға патологиялық еліктеу нысанасымен жұмыста пайдаланатын стратегиялық полимодальдық психотерапияның техникалары» мақаласында ПБЗ-ға патологиялық еліктеуде – басты наркологиялық нысанамен жұмыста пайдаланатын СПП техникалары суреттеледі. Гиперпластика режиміне байланысты, тиісті терапиялық контексті қалыптастыру қажеттілігіне назар аударылады. Пайдаланылатын технологиялық тәсілдердің әр түрлілігіне басты акцент жасалады.

Кілттік сөздер: ПБЗ-ға патологиялық еліктеу; стратегиялық полимодальдық психотерапия; техникалар.

9-18 ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ ІШКІ РЕСУРСТАРЫНА ҚОЛ ЖЕТКІЗУДІ ЖҮЗЕГЕ АСЫРАТЫН ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҚАСИЕТТЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕГЕ

Ю.А. Россинский

Бұл мақалада ішкі ресурстарға қол жеткізуді жүзеге асыратын психологиялық денсаулық қасиеттерінің және 9-18 жастағы топтардағы жеке бастың психикалық бейімделу шамасын анықтайтын мінез-құлықтық индикаторлары қаралады.

Кілттік сөздер: жұқпалы емес әлеуметтік індеттер, экстремизм, терроризм, нашакорлық, әлеуметтік індеттердің профилактикасы, психологиялық денсаулық, бейімделу шамасы, психологиялық денсаулық қасиеттерінің диагностикасы.

9-18 ЖАСТАҒЫ ТҰЛҒАНЫҢ БЕЙІМДЕЛУ ҚАСИЕТТЕРІНІҢ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҚ ИНДИКАТОРЛАРЫ СИЯҚТЫ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ ҚАСИЕТТЕРІ: АВТОНОМИЯ/АВТОНОМДЫЛЫҚ

Ю.А. Россинский

Бұл мақалада автономияның/автономдылықтың мінез-құлықтық индикаторлар 9-18 жастағы топтардағы жекебастың психикалық бейімделу шамасын анықтайтын психологиялық денсаулықтың қасиеті ретінде қаралады.

Кілттік сөздер: жұқпалы емес әлеуметтік індеттер, экстремизм, терроризм, нашакорлық, әлеуметтік індеттердің профилактикасы, психологиялық денсаулық, бейімделу шамасы, психологиялық денсаулық қасиеттерінің диагностикасы.

ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҚАСИЕТІ 9-18 ЖАСТАҒЫ ТҰЛҒАНЫҢ БЕЙІМДЕЛУ ҚАСИЕТТЕРІНІҢ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҚ ИНДИКАТОРЛАРЫ СИЯҚТЫ: БАЗИСТІК СЕНІМ

Ю.А. Россинский

Бұл мақалада базистік сенімнің мінез-құлықтық индикаторлары психологиялық денсаулықтың 9-18 арасындағы түрлі жастағы тұлғалардың психикалық бейімделуін анықтаушы қасиет ретінде қаралады.

Кілттік сөздер: жұқпалы емес әлеуметтік індеттер, экстремизм, терроризм, нашакорлық, әлеуметтік індеттердің профилактикасы, психологиялық денсаулық, бейімделу шамасы, психологиялық денсаулық қасиеттерінің диагностикасы.

ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҚАСИЕТІ АДАМНЫҢ ТӘРТІПТІК БЕЙІМДЕЛУ ИНДИКАТОРЛАРЫ: БАСТАМА/ЫНТАЛЫЛЫҚ

Ю.А. Россинский

Осы мақалада 9-18 жастағы топтарда адамның психологиялық бейімделу потенциалын белгілейтін тәртіптік бейімделіс индикаторлары бастама/ынталылық психологиялық денсаулық қасиеті сияқты қаралады.

Кілттік сөздер: жұқпалы емес әлеуметтік індеттер, экстремизм, терроризм, әлеуметтік індеттерден сақтандыру, психологиялық денсаулық, бейімделіс потенциалы, психологиялық денсаулық қасиетінің диагностикасы.

ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҚАСИЕТІ АДАМНЫҢ ТӘРТІПТІК БЕЙІМДЕЛІС ИНДИКАТОРЛАРЫ: СЕНУШІЛІК

Ю.А. Россинский

Осы мақалада әртүрлі 9-18 жастағы топтарда адамның психологиялық бейімделіс потенциалын белгілейтін тәртіптік бейімделіс индикаторлары бастама/ынталылық психологиялық денсаулық қасиеті сияқты қаралды.

Кілттік сөздер: жұқпалы емес әлеуметтік індеттер, экстремизм, терроризм, әлеуметтік індеттерден сақтандыру, психологиялық денсаулық, бейімделіс потенциалы, психологиялық денсаулық қасиетінің диагностикасы.

ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ АДДИКЦИЯЛАРДЫҢ ДАМУЫ ЖӘНЕ ҚАЛЫПТАСУДАҒЫ ЖАЙЫЛҒАН ҰҚСАСТЫҚ

Н.Ф. Фесенко

Мақалада олардың даму ұқсастығы және мүмкіндік статусы қаралды. Қалыптасу процесіне талдау өткізілді (химиялық емес) аддикциялар, жеке адамның жайылған ұқсастығы күшінде озбырлық әлеуметтік ортаға қиын немесе мүмкін емес бейімделіс салдары сияқты.

ҚАЗІРГІ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ: ЫҚПАЛДЫ КЕЛІС

А.Т. Ескалиева

Мақалада қазіргі наркологиялық көмек мәселелері қаралған. Жекелегенде ықпалды келіс наркологиялық бейінді қызметке мұқтажды тұрғындарды максималды қамтуға негізделген. Мультисекторальдік және көп деңгейлі наркологиялық көмек жүйесі көрсетілген қызметтің тұрғындардың негізгі топтары бойынша максимумды нақтылай ажыратумен сипатталған.

Кілттік сөздер: наркологиялық көмек, ықпалды келіс, құрылымдық сипаттамалар.

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫН ЖЕТІЛДІРУДЕГІ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАР (мәлімет)

Б.З. Ыбраев

Мақалада медициналық көмектің сапасын жетілдіру процесін құру туралы ақпарат келтірілген. Реферативтік нысанда топтастыру және менеджмент сапа құрылым мәселесі атап өтілді.

НАШАҚОР НАУҚАСТАРДЫ МӘЖБҮРЛЕП ЕМДЕУ ТУРАЛЫ ЗАҢНАМАНЫ РЕСЕЙДЕ ҚОЛДАНУ ПРАКТИКАСЫ (1960-2010 жж.)

А.Л. Игонин, Т.В. Клименко, О.В. Баранова

1960 жылдан бастап осы уақытқа дейін Ресей Федерациясында наркологиялық ауруларға қолданылатын ерікті емес медициналық шараларға шолу берілген. Психобелсенді заттарға тәуелді пациенттерді мәжбүрлеп (міндетті) емдеудің әр түрі суреттелген, атап айтқанда қылмыс жасаған және жасамаған адамдарға қолданылатын ерікті емес шаралар. Қолданылған ерікті емес шаралардың әрбіреуінің позитивтік және жағымсыз жақтарын бағалауға әрекет жасалған. Жақын болашақта біздің еліміздегі наркологиялық ауруларды мәжбүрлеп (міндетті) емдеуді қолданудың перспектикалары талқыланған.

Кілттік сөздер: нашақорлық, маскүнемдік, заңнама, ерікті емес медициналық шаралар.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІКТІ ЕМДЕУГЕ 2011 ЖЫЛҒЫ СҰРАНЫС. ЕМДЕУГЕ СҰРАНЫС ИНДИКАТОРЫ БОЙЫНША ДЕРЕКТЕРДІҢ ЕУРОПАЛЫҚ СТАНДАРТТАРМЕН ҮЙЛЕСІМДІЛІГІ

О.Г. Юсупов

Бұл жұмысты автор CADAP бағдарламасының қолдауымен есіркілерді және нашақорлықты бақылаудың Еуропалық Орталығында (EMCDDA) айлық тағылымдама барысында жүргізді. Осы мақала емделуге сұраныс бойынша есіртікілердің түрлері мен сипаттамалары, сондай-ақ Қазақстан Республикасында 2011 жылы есіртікі пайдаланудың зардаптары деректерін талдау және түсіндіруге шоғырланған. Сонымен қатар емделуге сұраныстың индикаторы үшін еуропалық стандарттармен ұлттық жүйенің деректерін жинау үйлесімділігін талдаудың нәтижелері ұсынылған және осы индикатор бойынша Қазақстан Республикасында бар мәліметтер базасының күшті және әлсіз жақтары сәйкестендірілген.

Кілттік сөздер: есіртікіні пайдалану, емдеуге сұраныс индикаторы, деректерді жинау жүйесі, есіртікіге тәуелділікті емдеу.

SUMMARY

THE STRUCTURED TECHNIQUE OF A STRATEGIC POLYMODAL PSYCHOTHERAPY USED IN WORK WITH THE MOTIVATIONAL SPHERE OF DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AT A STAGE OF OUT-PATIENT AND STATIONARY MEDICO-SOCIAL AFTERTREATMENT

A.L. Katkov

In article «The structured technique of a strategic polymodal psychotherapy used in work with the motivational sphere of dependent on psychoactive substances at a stage of out-patient and stationary medico-social aftertreatment» by Katkov A.L. the structured technologies of SPP used in work with the motivational sphere of chemically dependent persons are described. The main accent becomes on a variety and integrated approach of applied technical approaches. The general criteria of their efficiency are surveyed.

Keywords: chemical dependence; strategic polymodal psychotherapy; motivational sphere; technique.

THE STRUCTURED TECHNIQUE OF A POLYMODAL PSYCHOTHERAPY USED AT A STAGE OF ANTIRECURRENT AND A MAINTENANCE THERAPY DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

A.L. Katkov

In article «The structured technique of a polymodal psychotherapy used at a stage of antirecurrent and a maintenance therapy dependent on psychoactive substances» by Katkov A.L. the structured technique of SPP used concerning dependent persons, being at a stage of antirecurrent and a maintenance therapy and showing request for additional resources of «vital forces», «energies», etc. are described. The main accent here becomes on a variety and integrated approach of applied approaches. The general criteria of their efficiency are surveyed.

Keywords: strategic polymodal psychotherapy; pathological dependence; technique.

THE STRUCTURED TECHNIQUE OF A STRATEGIC POLYMODAL PSYCHOTHERAPY USED IN WORK WITH A TARGET OF THE PATHOLOGICAL MENTAL STATUS DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

A.L. Katkov

In article «The structured technique of a strategic polymodal psychotherapy used in work with a target of the pathological mental status dependent on psychoactive substances» by Katkov A.L. the structured technique of SPP used in work with such narcological target, as the pathological mental status dependent from psychoactive substances (typical emotional disorders) are described. The main accent becomes on a variety and integrated approach of applied approaches. The general criteria of their efficiency are given.

Keywords: chemical dependence; emotional disorders; strategic polymodal psychotherapy; technique.

THE STRUCTURED TECHNIQUE OF A STRATEGIC POLYMODAL PSYCHOTHERAPY USED IN WORK WITH A TARGET OF THE PATHOLOGICAL SOMATIC STATUS DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

A.L. Katkov

In article «The structured technique of a strategic polymodal psychotherapy used in work with a target of the pathological somatic status dependent on psychoactive substances» by Katkov A.L. the structured technique of SPP used in work with such typical narcological target, as the pathological somatic status are described. The main accent becomes on a variety and integrated approach of applied technological approaches. The general criteria of their efficiency are given.

Keywords: chemical dependence; pathological somatic status; strategic polymodal psychotherapy; technique.

**THE STRUCTURED TECHNIQUE OF A POLYMODAL PSYCHOTHERAPY USED
IN A FINAL PHASE OF PROGRAMS OF MEDICO-SOCIAL AFTERTREATMENT DEPENDENT
ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

A.L. Katkov

In article «The structured technique of a polymodal psychotherapy used in a final phase of programs of medico-social aftertreatment dependent on psychoactive substances» by Katkov A.L. the structured technique of SPP used in work with such typical problems, as scare before an extract, inclination return, the normal life, being shown in a finishing phase of MSR programs are described. The main accent here becomes on a variety and integrated approach of applied approaches. The general criteria of their efficiency are surveyed.

Keywords: strategic polymodal psychotherapy; pathological dependence; technique.

**THE TECHNOLOGIES OF A STRATEGIC POLYMODAL PSYCHOTHERAPY USED
AT A STAGE OF PRIMARY NARCOLOGICAL HELP**

A.L. Katkov

In article «The technologies of a strategic polymodal psychotherapy used at a stage of primary narcological help» by Katkov A.L. stages and the technologies of SPP used during rendering of primary psychotherapeutic help dependent on psychoactive substances are described. It is paid attention to a special role of the motivational sphere dependent on psychoactive substances. Criteria of efficiency of used psychotherapeutic approaches are given.

Keywords: strategic polymodal psychotherapy; narcological help; primary stage.

**THE TECHNIQUE OF A STRATEGIC POLYMODAL PSYCHOTHERAPY USED IN WORK
WITH A TARGET OF A PATHOLOGICAL INCLINATION TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

A.L. Katkov

In article «The technique of a strategic polymodal psychotherapy used in work with a target of a pathological inclination to psychoactive substances» by Katkov A.L. the structured technique of SPP used in work with the main narcological target – a pathological inclination to psychoactive substances are described. It is paid attention to need of formation of the corresponding therapeutic context bound to a regimen of a hyper plasty. The main accent becomes on a variety of used technological approaches.

Keywords: a pathological inclination to psychoactive substances; strategic polymodal psychotherapy; technique.

**TO A QUESTION OF DIAGNOSTICS OF PROPERTIES OF THE PSYCHOLOGICAL HEALTH,
PROVIDING ACCESS TO INTERNAL RESOURCES AT PERSONS AT THE AGE OF 9-18 YEARS**

Yu.A. Rossinsky

In the present article are surveyed behavioural indicators of properties of the psychological health, providing access to internal resources and defining mental adaptive potential of the person in age groups: 9-18 years.

Keywords: noninfectious social epidemics, extremism, terrorism, drug addiction, prevention of social epidemics, psychological health, adaptive potential, diagnostics of properties of psychological health.

**PROPERTIES OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AS BEHAVIOURAL INDICATORS OF ADAPTIVE
PROPERTIES OF THE PERSON AT THE AGE OF 9-18 YEARS: AUTONOMY**

Yu.A. Rossinsky

In the present article behavioural indicators of autonomy, as properties of the psychological health defining mental adaptive potential of the person in age groups 9-18 years are surveyed.

Keywords: noninfectious social epidemics, extremism, terrorism, prevention of social epidemics, psychological health, adaptive potential, diagnostics of properties of psychological health.

PROPERTIES OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AS BEHAVIOURAL INDICATORS OF ADAPTIVE PROPERTIES OF THE PERSON AT THE AGE OF 9-18 YEARS: BASIC TRUST

Yu.A. Rossinsky

In the present article behavioural indicators of basic trust, as properties of the psychological health defining mental adaptive potential of the person in different age groups 9-18 years are surveyed.

Keywords: noninfectious social epidemics, extremism, terrorism, prevention of social epidemics, psychological health, adaptive potential, diagnostics of properties of psychological health.

PROPERTIES OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AS BEHAVIOURAL INDICATORS OF ADAPTIVE PROPERTIES OF THE PERSON: INITIATIVE

Yu.A. Rossinsky

In the present article behavioural indicators of initiative, as properties of the psychological health defining mental adaptive potential of the person in age groups 9-18 years are surveyed.

Keywords: noninfectious social epidemics, extremism, terrorism, prevention of social epidemics, psychological health, adaptive potential, diagnostics of properties of psychological health.

PROPERTIES OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AS BEHAVIOURAL INDICATORS OF ADAPTIVE PROPERTIES OF THE PERSON: CONFIDENCE

Yu.A. Rossinsky

In the present article behavioural indicators of confidence, as properties of the psychological health defining mental adaptive potential of the person in different age groups 9-18 years are surveyed.

Keywords: noninfectious social epidemics, extremism, terrorism, prevention of social epidemics, psychological health, adaptive potential, diagnostics of properties of psychological health.

DIFFUSIVE IDENTITY IN FORMATION AND DEVELOPMENT OF PSYCHOLOGICAL ADDICTION

N.F. Fesenko

In article the statuses of identity and their possible development are surveyed. The analysis of formation process (not chemical) addiction, as a result of the complicated or impossible adaptation to aggressive social environment owing to diffusive identity of the individual is carried out.

ORGANIZATION OF THE MODERN NARCOLOGICAL HELP: INTEGRATED APPROACH

A.T. Eskalieva

In article questions of the modern narcological help are considered. The integrative approach providing the maximum coverage of the needing population by services of a narcological profile in particular locates. The multisectoral and multilevel system of the narcological help with the maximum differentiation of rendered services in the main groups of the population is described.

Keywords: the narcological help, the integrative approach, the structured characteristics.

**MAIN DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF A MEDICAL CARE
(report)**

B.Z. Ibraev

Information on creation of process of improvement of quality of a medical care is provided in article. In an abstract form questions of a systematics and structuring quality management are underlined.

**PRACTICE OF APPLICATION IN RUSSIA LEGISLATIONS
ON INVOLUNTARY TREATMENT OF NARCOLOGICAL PATIENTS
(1960-2010)**

A.L. Igonin, T.V. Klimenko, O.V. Baranova

The review of the involuntary medical measures applied in the Russian Federation to narcological patients since 1960 to the present is given. Various versions of compulsory (obligatory) treatment of patients with dependence on psychoactive substances, in particular the involuntary measures applied to persons, committed and not committed a crime are described. Attempt to estimate positive and negative sides of each of applied types of involuntary measures is made. Prospects of use of compulsory (obligatory) treatment of narcological patients in our country are discussed in the near future.

Keywords: drug addiction, alcoholism, legislation, involuntary medical measures.

**DEMAND FOR DRUG ADDICTION TREATMENT IN KAZAKHSTAN REPUBLIC IN 2011.
COMPATIBILITY OF DATA ON THE INDICATOR OF DEMAND FOR TREATMENT
WITH THE EUROPEAN STANDARDS**

O.G. Yusopov

This work was carried out by the author during monthly training in the European Center of monitoring behind drugs and a drug addiction (EMCDDA) with CADAP Program support. The present article is concentrated to the analysis and interpreting of data on demand for treatment, characteristics and forms of consumption of drugs, and also consequences of the use of drugs in Kazakhstan Republic in 2011. Results of the analysis of compatibility of national system of data collection with the European standards for the indicator of demand for treatment are also presented and identified strong and weaknesses of existing databases in Kazakhstan Republic on this indicator.

Keywords: consumption of drugs, indicator of demand for treatment, data collection system, drug addiction treatment.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА» ЗА 2012 ГОД

Редакторские статьи

Катков А.Л. О нормативно-правовом обеспечении развития медицинской науки в Республике Казахстан, Том XII, № 1, 2012

Социальные эпидемии

Бикетова Л.А. Роль агрессии как основного формообразующего фактора деструктивной секты (литературный обзор), Том XII, № 3, 2012

Катков А.Л. Анализ институционального дефицита в сфере противодействия деструктивным социальным эпидемиям, Том XII, № 3, 2012

Катков А.Л. Инновационные технологии метамоделей социальной психотерапии, используемые в сфере противодействия распространению деструктивных социальных эпидемий, Том XII, № 3, 2012

Катков А.Л. Новые доктринальные подходы в сфере противодействия распространению социальных эпидемий, Том XII, № 1, 2012

Катков А.Л. Универсальные факторы риска – устойчивости вовлечения в социальные эпидемии, Том XII, № 1, 2012

Мусабекова Ж.К. Взаимосвязь уровня психологического здоровья и наличия психологических зависимостей у лиц с химической зависимостью, Том XII, № 2, 2012

Нургазина А.З., Алина К.Ж. Формирование свойств психологического здоровья в агрессивной среде, Том XII, № 4, 2012

Нургазина А.З., Алина К.Ж., Кервенев Е.Е., Бугаенко С.Н. Психологический фактор риска вовлечения в нехимическую форму аддиктивного поведения среди студенческой молодежи, Том XII, № 2, 2012

Пак Т.В., Дегквитц П., Розенкранц М. Оценка промежуточных результатов научно-технической программы «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий в Республике Казахстан» экспертами Европейского Союза, Том XII, № 1, 2012

Садвакасова Г.А., Ережеп А.К., Колпакова В.А., Сембаева С.Х. Исследование распространения рисков вовлечения в психологические зависимости среди взрослого населения в системах первичной медико-санитарной помощи, Том XII, № 1, 2012

Садвакасова Г.А., Фесенко Н.Ф., Бахтияров Д.Н. Исследование дефицитов психологического здоровья у лиц, осужденных за преступления, связанные с терроризмом, экстремизмом и с вовлечением в криминальные организации, Том XII, № 3, 2012

Фесенко Н.Ф. Тематический апперцептивный тест в психологической диагностике при работе с зависимыми лицами в пенитенциарных учреждениях, Том XII, № 2, 2012

Профилактика и реабилитация

Аманова Ж.Ш. Профилактика рискованного поведения посредством программы «Семья и школа вместе», Том XII, № 3, 2012

Асылханова А.М. Результаты исследования дозорного эпиднадзора среди работниц секса, употребляющих наркотики инъекционным путем, Том XII, № 3, 2012

Катков А.Л. Модели психотерапевтической помощи в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ, Том XII, № 3, 2012

Катков А.Л. Структурированные техники полимодальной психотерапии, используемые на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от психоактивных веществ, Том XII, № 4, 2012

Катков А.Л. Структурированные техники полимодальной психотерапии, используемые в заключительной фазе программ медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ, Том XII, № 4, 2012

Катков А.Л. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в работе с мотивационной сферой зависимых от психоактивных веществ на этапе амбулаторной и стационарной медико-социальной реабилитации, Том XII, № 4, 2012

Катков А.Л. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в работе с мишенью патологического психического статуса зависимых от психоактивных веществ, Том XII, № 4, 2012

Катков А.Л. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в работе с мишенью патологического соматического статуса зависимых от психоактивных веществ, Том XII, № 4, 2012

Катков А.Л. Техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в работе с мишенью патологического влечения к психоактивным веществам, Том XII, № 4, 2012

Катков А.Л. Технологии стратегической полимодальной психотерапии, используемые на этапе первичной наркологической помощи, Том XII, № 4, 2012

Катков А.Л., Ескалиева А.Т. О роли психотерапии в лечении и реабилитации лиц с химической и деструктивной психологической зависимостью, Том XII, № 3, 2012

Катков А.Л., Ескалиева А.Т. Психотерапевтический режим в отделениях и центрах, реализующих профессиональные, высокоструктурированные программы лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, Том XII, № 3, 2012

Ким Т.В. Проблемы употребления курительных смесей среди подростков и молодежи, Том XII, № 3, 2012

Макдональд Л., Аманова Ж.Ш. Оценка Программы «Семья и школа вместе» в Республике Казахстан, Том XII, № 3, 2012

Молчанов С.Н. Предварительные итоги реализации проекта «Наш Позитив в Действии!», Том XII, № 3, 2012

Павленко В.П., Кусаинов А.А., Кашкаров М.В. Диагностические критерии опийной наркомании для её вторичной профилактики, Том XII, № 1, 2012

Россинский Ю.А. К вопросу о диагностике свойств психологического здоровья, осуществляющие доступ к внутренним ресурсам у лиц в возрасте 9-18 лет, Том XII, № 4, 2012

Россинский Ю.А. Свойства психологического здоровья как поведенческие индикаторы адаптивных свойств личности в возрасте 9-18 лет: автономия/автономность, Том XII, № 4, 2012

Россинский Ю.А. Свойства психологического здоровья как поведенческие индикаторы адаптивных свойств личности в возрасте 9-18 лет: базисное доверие, Том XII, № 4, 2012

Россинский Ю.А. Свойства психологического здоровья как поведенческие индикаторы адаптивных свойств личности: инициатива/инициативность, Том XII, № 4, 2012

Россинский Ю.А. Свойства психологического здоровья как поведенческие индикаторы адаптивных свойств личности: уверенность, Том XII, № 4, 2012

Саркисян Ш.В., Юсупов О.Г. Распространенность рисков химической и нехимической аддикции среди учащейся молодежи г. Костаная, Том XII, № 3, 2012

Фесенко Н.Ф. Диффузная идентичность в формировании и развитии психологических аддикций, Том XII, № 4, 2012

Хорунжая О.М. Трансперсональная психотерапия в реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, Том XII, № 2, 2012

Клиника

Бактыбаева Л.Б., Саидов Т.У. Клинико-динамические параметры синдрома психической деградации (практический аспект), Том XII, № 1, 2012

Бактыбаева Л.Б., Саидов Т.У. Клинико-психопатологические особенности полинаркоманий (на примере зависимости вследствие сочетания опиоидов и психоактивных веществ снотворного действия) Том XII, № 1, 2012

Джасынова А.Б. Значение социальных и личностных факторов в развитии алкоголизма и наркомании, Том XII, № 3, 2012

Жолдыбаева Ж.С. Проблема депрессивных расстройств и боли у лиц с зависимостью от психоактивных веществ (психологический, нейробиологический, клинико-психопатологический аспекты), Том XII, № 2, 2012

Кожаметова Г.К. Клиническая характеристика пограничных расстройств невротического спектра в структуре химических зависимостей (на примере ипохондрического синдрома), Том XII, № 2, 2012

Кожаметова Г.К. Расстройства сна в клинике химических зависимостей, Том XII, № 2, 2012

Котин А.В. Психические и соматоневрологические расстройства, возникающие вследствие длительного употребления каннабиноидов, Том XII, № 2, 2012

Кулунбаева А.А. Алекситимия: феноменология, теория формирования, место в общей психопатологии, прикладное практическое значение в наркологической практике, Том XII, № 2, 2012

Матвиевская Л.И. Клинический профиль абстинентного синдрома у алкозависимых женщин, получивших лечение в условиях анонимного наркологического кабинета, Том XII, № 2, 2012

Монтаева А.К. Основные проблемы применения лабораторной диагностики в наркологической практике, Том XII, № 3, 2012

Назарова С.П. Использование комплексной клинической оценки в диагностике и планировании лечения химических зависимостей, Том XII, № 2, 2012

Пазылхаир М.П. Аффективные расстройства в общей синдромологии химических зависимостей, Том XII, № 1, 2012

Ракишева А.С., Пазылхаир М.П., Барбалова К.Ш. Особенности клиники периодических форм злоупотребления алкоголем у женщин, Том XII, № 1, 2012

Раклова Е.М. Социально-психологический тренинг как средство коррекции созависимости, Том XII, № 3, 2012

Сагинов А.М., Габдракипова Р.Ф. Реабилитация пациентов, страдающих алкоголизмом в структуре принудительного лечения, Том XII, № 3, 2012

Саидов Т.У., Бактыбаева Л.Б. Особенности психотических состояний, возникающих при употреблении каннабиноидов (дифференциально-диагностический аспект), Том XII, № 1, 2012

Ускенбаева Ж.С. Случай алкоголизма у женщины, осложнившегося алкогольным психозом, Том XII, № 1, 2012

Шадаева Д.Ф. Данные ретроспективного анализа основных показателей псевдоабстинентного синдрома у пациентов стационарного профиля, страдающих опиоидной зависимостью, Том XII, № 3, 2012

Шадаева Д.Ф. Отдельные вопросы дифференциального диагноза токсических психозов (на примере описания двух клинических случаев), Том XII, № 3, 2012

Организация наркологической помощи

Ескалиева А.Т. Организация современной наркологической помощи: интегрированный подход, Том XII, № 4, 2012

Ибраев Б.З. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи (сообщение), Том XII, № 4, 2012

Игонин А.Л., Клименко Т.В., Баранова О.В. Практика применения в России законодательства о недобровольном лечении наркологических больных (1960-2010 гг.), Том XII, № 4, 2012

Катков А.Л., Кусаинов А.А., Байкенов Е.Б. Управление качеством аддиктологической помощи, Том XII, № 3, 2012

Кокумбеков Д.Б. Проблемные вопросы, возникающие при реализации медицинских мер принудительного характера, Том XII, № 2, 2012

Колпакова В.А. Научный подход к медицинской практике в наркологии, Том XII, № 1, 2012

Кульджанов Е.Е. Особенности междисциплинарного взаимодействия при ведении urgentных наркологических состояний (на примере постинтоксикационного делирия), Том XII, № 2, 2012

Матвиевская Л.И. Клинико-демографический анализ случаев депрессивных расстройств в рамках алкогольного абстинентного синдрома у пациентов, получавших лечение в условиях анонимного наркологического кабинета, Том XII, № 2, 2012

Садвакасова Г.А., Цой Е.В., Естаева М.К., Каражанова А.С. Актуальность реабилитационной программы для наркозависимых лиц в системе пенитенциарных учреждений Республики Казахстан, Том XII, № 1, 2012

Информация и обзоры

Барболова К.Ш. Современные подходы к превенции и психотерапии аутоагрессивного поведения у лиц с алкогольной зависимостью по данным литературы (теоретический аспект), Том XII, № 2, 2012

Бисеналиев С.Б. Диагностическая структура континуума «вменяемость – невменяемость», Том XII, № 2, 2012

Болсамбекова А.А. Гашиш. Краткий исторический обзор, Том XII, № 2, 2012

Гафарова Н.В., Мусабекова Ж.К. Интерпретация данных относительного риска смерти среди популяции потребителей психоактивных веществ (кроме алкоголя) к ожидаемому числу смертей среди населения Республики Казахстан за 2010 год и 2011 год методом непрямой стандартизации, Том XII, № 3, 2012

Гребнев С.А. Гипнотерапия в работе с наркозависимыми клиентами (из книги «Психотерапия и реабилитация наркотической зависимости»), Том XII, № 1, 2012

Ережеп А.К. Сочетанные формы химической и нехимической зависимости в практике врача нарколога, Том XII, № 1, 2012

Кервенов Е.Е. Основные принципы лечения наркологических заболеваний, Том XII, № 2, 2012

Лисовик А.П., Нурғалиева Н.Т., Кокумбеков Д.Б. К вопросу о подростковом алкоголизме, Том XII, № 2, 2012

Матвиевская Л.И., Саидов Т.У. Клиническая оценка психопатоподобного синдрома в наркологической практике (литературный обзор), Том XII, № 2, 2012

Назарова С.П. Прикладное значение астенического синдрома в оценке клинического профиля химических зависимостей (литературный обзор), Том XII, № 2, 2012

Сагинов А.М., Габдракипова Р.Ф. Роль принудительного лечения от алкоголизма в наркологии. Обзор данных Областного специализированного лечебно-профилактического учреждения Карагандинской области, Том XII, № 3, 2012

Садвакасова Г.А., Колпакова В.А., Ережеп А.К., Каражанова А.С. Международный опыт и основные принципы программы реабилитации в системе исполнения наказания, Том XII, № 1, 2012

Садвакасова Г.А., Цой Е.В., Естаева М.К., Каражанова А.С. Социально-психологические особенности функционирования личности в пенитенциарной системе (обзор литературы), Том XII, № 1, 2012

Саидов Т.У. К вопросу о патогенетических механизмах каннабиноидной зависимости, Том XII, № 1, 2012

Субханбердина А.С., Матаева Ш.И., Монтаева А.К. К вопросу о химико-токсикологической диагностике (краткий литературный обзор), Том XII, № 3, 2012

Тлеубаев Б.О. Динамика клинических проявлений героиновой зависимости (литературный обзор), Том XII, № 1, 2012

Хасенова Г-П.Ж. Результаты дозорного эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в Павлодаре, Том XII, № 3, 2012

Юсопов О.Г. Спрос на лечение наркозависимости в Республике Казахстан в 2011 году. Совместимость данных по индикатору спроса на лечение с европейскими стандартами, Том XII, № 4, 2012

Некрологи

Ашикбаев Богенбай Рымбекович, Том XII, № 1, 2012

Туленов Еркебулан Дюсенгалиевич, Том XII, № 1, 2012