

Некоторые организационно-методические проблемы профилактики наркомании у детей и подростков

СЕВЕРНЫЙ А.А. к.м.н., в.н.с. НИИ психического здоровья РАМН, Москва
ШЕВЧЕНКО Ю.С. Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва

В России употребление несовершеннолетними алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ (ПАВ) превратилось в проблему, представляющую серьезную угрозу здоровью населения, экономике страны, социальной сфере и правопорядку. Своевременно не диагностированные и не скорректированные психические отклонения у детей и подростков, несомненно, создают зону высокого риска приобщения их к ПАВ. Профилактика наркомании в детско-подростковой среде не может строиться без учета особенностей проявления психической патологии в этих возрастных группах, без создания реально действующих механизмов межведомственного и межпрофессионального взаимодействия, без принципиального реформирования службы психического здоровья детей и подростков.

По данным, опубликованным в "Концепции профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде" (Минобразование России, 2000), в последнее десятилетие для России употребление несовершеннолетними алкоголя, наркотических и других ПАВ превратилось в серьезную проблему. За последние 3 года число детей, состоящих на диспансерном учете по поводу наркомании, возросло в 2,8 раза, токсикомании — в 3,5 раза. Количество подростков, ежегодно признаваемых больными наркоманией, за 10 лет возросло в 13 раз и на сегодня зарегистрированная болезненность наркоманией среди них составляет 1 чел. на 1 тыс. (следовательно, в реальности не менее 10—15 юношей и девушек 16—17 лет на 1 тыс., что в абсолютных цифрах составляет 50—70 тыс. чел. Это подтверждается и репрезентативным социологическим опросом [3]). По данным того же опроса, опыт употребления наркотиков в различных возрастных группах имеют от 13% (в 12 лет) до 62% (к 18 годам) детей и подростков. Подростки злоупотребляют наркотиками в 7,5 раза чаще, чем взрослые. Происходит неуклонное "омоложение" алкоголизма и наркомании. Средний возраст начала употребления алкоголя снизился до 11 лет; возраст приобщения к токсико-наркотическим веществам — до 11,3 года. Около 40% госпитализаций подростков в психиатрические клиники составляют больные с делинквентными формами поведения в сочетании с наркотизацией и токсикоманией. При этом около 60% опрошенных детей и подростков и 28% взрослых не представляли, куда можно обратиться при появлении проблем, связанных с наркотиками. Население в основном ориентировано на анонимную наркологическую помощь. В стране только начинают создаваться государственные детско-подростковые реабилитационные центры, а оплачивать услуги коммерческой наркологии большинство граждан не в состоянии.

Среди основных причин, влияющих на распространенность наркомании и токсикомании в детско-подростковой среде, одно из первых мест занимает легкая доступность ПАВ. Около 60% опрошенных несовершеннолетних, употребляющих наркотики и токсические средства, отмечают относительную несложность их приобретения. Общество столкнулось с реальной незащищенностью детей и подростков от экспансии наркотических средств.

Следующими важными факторами наркотизации являются снижение у большинства детей и подростков превентивной психологической защиты и низкий ценностный барьер.

На уровне личностных факторов, являющихся пусковым механизмом начала употребления наркотиков, выделяются: индивидуальная дисгармоничность, наследственная генетическая дефицитарность, врожденные аномалии характера, проявляющиеся в виде аффективных и поведенческих расстройств. Несомненно, большую роль играют и хорошо известные специфические особенности пубертатного периода (оппозиционность, реакции группирования, подражательность и зависимость от референтной группы).

Какие еще группы детей и подростков являются "рисковыми" в плане приобщения к наркотикам? Около 2,5 млн. детей школьного возраста нигде не обучаются¹ (и на них падает 40% "несовершеннолетней" преступности [1]); от 2 до 4 млн. детей и подростков бродяжничают, попрошайничают; число детей-сирот превысило 700 тыс. (причем 95% из них — это так называемые социальные сироты, т.е. имеющие живых родителей); 40% детей подвергаются насилию в семьях; в школах 16% учащихся испытывают со стороны педагогов физическое насилие и 22% — психологическое². Противоправное поведение детей растет в 2 раза быстрее, чем у взрослых, особенно по тяжким преступлениям против личности. Число детей, задержанных за правонарушения, превышает 1 млн. в год; 27% из них — моложе 14 лет. На территории России действуют около 30 тыс. преступных группировок несовершеннолетних³.

При этом до 80% "несовершеннолетней" преступности приходится на подростков, имеющих психические аномалии. Частота психических расстройств достигает среди детей 15%, среди подростков — 50—75%; психические нарушения являются ведущей причиной инвалидности с детства — в 18,6% случаев, непригодности к военной службе — более чем в 20% случаев⁴. У детей со школьной дезадаптацией у 93—95% выявляются те или иные психические нарушения [4]. Среди детей-беспризорников психически здоровыми могут быть признаны не более 6% [2], а нуждаемость в различных видах психотерапевтической помощи у сирот, длительно живущих в детских домах, до-

¹ Данные приведены на заседании Президиума Российской академии образования в апреле 1999 г.

² Данные Госкомитета по делам молодежи РФ, 1996 г.

³ Из письма Минобразования России «О состоянии преступности несовершеннолетних», 1997 г.

⁴ Из Решения Коллегии Министерства здравоохранения РФ, 15.05.01 г.

стигает 100% [5]; 80% попадающих в учебно-воспитательные учреждения для девиантных детей требуют срочной психокоррекционной помощи. Но и среди населения лишь 24% оканчивающих среднюю школу могут быть признаны полностью психически здоровыми¹.

Что самое удивительное, в Министерстве здравоохранения РФ считают, что амбулаторная психиатрическая служба полностью обеспечивает потребности детско-подросткового населения. Но если, по данным того же Минздрава, частота пограничных психических расстройств в детско-подростковой популяции составляет в среднем 50%, а детско-подростковое население сегодняшней России равно 36 млн., то в амбулаторной помощи нуждаются 18 млн. детей и подростков. При этом амбулаторный прием осуществляют 302 диспансера². Стало быть, усредненно на один диспансер приходится около 60 тыс. нуждающихся. И если амбулаторная сеть обеспечивает менее 3 тыс. посещений в год на одно учреждение, то на каждого нуждающегося в год приходится менее 1/20 посещений! Такое "обеспечение" амбулаторной помощью вряд ли можно считать достаточным.

Психиатрам известно, что дети и подростки, ставшие зависимыми от наркотиков, как правило, представляют собой "микстов", т.е. страдают теми или иными психическими расстройствами, зачастую возникшими задолго до начала употребления наркотиков, а последние оказываются легкодоступным средством, с помощью которого ребенок, не получивший своевременной необходимой помощи, пытается компенсировать свой душевный дискомфорт, и при этом наркомания оказывается лишь "фасадом", скрывающим ту или иную психическую патологию, чаще всего пограничного уровня.

В качестве примера мы можем привести в кратком изложении случаи из собственной практики.

Больной К., 18 лет, студент 3-го курса. Психические заболевания среди родственников отрицает. Обратился на прием в связи с зависимостью от героина. За 1,5 года до этого был по сватовству женат по настоянию родителей (в соответствии с этническим обычаем одной из народностей Северного Кавказа, к которой он относится), хотя был увлечен другой девушкой, но "не той" национальности. Через 2 мес после женитьбы стал подавленным, испытывал беспричинную тревогу, потерял ко всему интерес, перестал учиться, ощущал окружающее отчужденным ("как за стеклянной стеной"), мучился почти полной бессонницей. Настоял на разводе с нелюбимой женой, но лучше себя не почувствовал. Начал употреблять героин, причем очень быстро дошел до трех-четырех инъекций в день. В наркотическом опьянении испытывал заметное душевное облегчение, мог спать. Но затем состояние вновь ухудшалось. По настоянию старшего брата согласился обратиться к психиатру, за 2 недели до его посещения прекратил прием героина, перенес тяжелую абстиненцию, которую амбулаторно купировал внутривенными инъекциями трамала.

На приеме полностью доступен, эмоционально адекватен, подавлен, жалуется на тоску, связывает свое тяжелое самочувствие с навязанной ему женитьбой, разрывом с любимой девушкой; хочет избавиться от героиновой зависимости, понимает, что страдает психическим расстройством, согласен на психотропную терапию.

В данном случае, очевидно, речь идет о психогенно спровоцированной эндогенной меланхолической депрессии, которая длительное время была скрыта героиновой наркоманией, причем следует отметить быстрое формирование наркотической зависимости. Представляется достаточно очевидным, что при своевременной диагностике и адекватной терапии депрессии можно было избежать приобщения больного к наркотику.

Больная К., 16 лет, учащаяся 2-го курса ПТУ. В наследственности: запойное пьянство у отца (умер от острой сердечной недостаточности, когда больной было 8 лет); тревожно-невротические расстройства у матери, лечится транквилизаторами; старшая сестра, 26 лет, страдает депрессией, не лечится. Больная обратилась к психиатру по настоянию родственников в связи с употреблением алкоголя и наркотиков. С 12 лет стала конфликтовать дома, отвергала опеку матери и сестры, плохо училась, начала в компании сверстников и более старших подростков употреблять алкоголь. С трудом окончила 9 классов, поступила по настоянию матери в ПТУ. Окончила 1-й курс, на 2-м практически не учится. С 15 лет почти постоянно пьянствует, отмечает прогрессивное снижение толерантности, опьянение наступает уже от 50,0 г водки. Одновременно начала курить гашиш. Вступает в беспорядочные половые связи, сменила за год 5 партнеров, последний из них — героиновый наркоман. Время проводит в компании его друзей, где ее избивают, принуждают к алкоголизации и употреблению наркотика. Тем не менее, постоянно туда убегает, тащит из дома деньги, ценности, скандалит, становится агрессивной при попытках родных упорядочить ее поведение.

На приеме: инфантильна, малодоступна, формальна, малоэмоциональна, не может объяснить мотивов своего поведения; отмечает, что приблизительно после 11 лет стала меняться характером, потеряла интересы, прежних друзей, одновременно тяготилась опекой старшей сестры, которая после смерти их отца стала "главой семьи", пыталась жестко регламентировать ее жизнь. Больная легко шла на поводу у дворовой компании, пассивно подчинялась старшим подросткам, в опьянении чувствовала раскованность, повышенное настроение, которое в остальное время было "тусклым", безразличным, временами тоскливым. В наркотическом опьянении становилась еще более безразличной, но это безразличие не тяготило, было приятным. Однако тягу к наркотику отрицает. Безразлична и к сексуальной жизни, вступает в связи лишь по настоянию партнеров. Не оценивает свое состояние как болезненное, не беспокоится о своем будущем, хотя и понимает, что ее образ жизни неправилен. Не высказывает желания лечиться, но пассивно соглашается принимать врачебную помощь.

В данном случае диагностика более сложна: с одной стороны, отчетливое эмоциональное обеднение, снижение активности, стертые колебания аффекта заставляют предполагать подспудно текущий эндогенный прогредиентный процесс; с другой стороны, нельзя исключить проявлений патологически протекающего пубертатного криза, которые усилены депривационными воздействиями вследствие хронических невротических и депрессивных расстройств у ближайших родственников в сочетании с авторитарным стилем воспитания и контроля со стороны старшей сестры. Тем не менее, и здесь рутинное психиатрическое обследование выявляет несомненные психические нарушения, которые лежат в основе алкогольного и наркотического поведения больной и без воздейст-

¹ По данным ежегодных Государственных докладов о положении детей в Российской Федерации.

² Из Решения Коллегии Министерства здравоохранения РФ, 15.05.01 г.

вия на которые попытки непосредственной коррекции такого поведения обречены на неудачу.

Причины, по которым дети и подростки не получают своевременной квалифицированной психиатрической помощи, многообразны и требуют специального анализа. Определенную роль играет специфика проявлений психической патологии в указанные возрастные периоды и заключается она в нескольких моментах.

1. Манифестация психических расстройств у детей в чрезвычайно большой степени зависит не только и не столько от наследственной предрасположенности, сколько от множества пре-, пери- и постнатальных predisponирующих факторов, условий взаимодействия ребенка с окружением, депривационных воздействий, характера воспитательных установок и т.п., вызывающих разнообразные доболезненные проявления в виде отклонений и особенностей развития, формирования патологических черт индивидуальности, поведенческих и эмоциональных реакций, своевременная коррекция которых позволяет предотвратить развитие выраженных психических нарушений; следовательно, в детской психиатрии акцент должен делаться на профилактической работе, т.е. выделении "рисковых групп" детей с нарушениями доболезненного и пограничного уровня.

2. Психические расстройства у детей в большинстве случаев скрыты за отклонениями в поведении и обучении, искажениями развития, маскированы функциональной вегетосоматической патологией, что требует организации детской психиатрической помощи как мультидисциплинарной, комплексной с паритетным участием не только врачей различного профиля, но и педагогических, социальных и других специалистов.

3. Психические расстройства в детстве в подавляющем большинстве обратимы, и, следовательно, акцент в детской психиатрии должен делаться на реабилитационной деятельности в отношении заболевших детей.

4. Ребенок является неотъемлемой частью своей семьи, и, следовательно, детская психиатрия должна быть в принципе психиатрией и психотерапией семейной.

В то время как решение вопроса об оказании психиатрической помощи ребенку полностью отдано его семье, в законе об оказании психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании никак не учтены ситуации, когда семья (или лица, ее заменяющие) по тем или иным мотивам лишает ребенка возможности получения необходимой психиатрической помощи; не определена ответственность детского психиатра первичного звена за состояние психического здоровья детского населения на обслуживаемом участке; не учтена необходимость тесного взаимодействия детского психиатра с другими службами и ведомствами (общепедиатрическими, социальными, образовательными и т.д.).

Очевидно, что все эти и другие, более частные, особенности оказания помощи психически больным детям никак не учтены и в существующей организации детской психиатрической помощи:

она отделена от систем образования, социальной защиты и других государственных ведомственных институтов. В психиатрических учреждениях больные дети не могут получать мультидисциплинарную помощь или коррекцию, поскольку последние ограничены возможностями здравоохранения. И, наоборот, дети с психическими нарушениями в интернатных и коррекционных учреждениях других ведомств не получают полноценной психиатрической помощи;

фактически отделена и от общей медицины (педиатрии), лишена такого важнейшего связующего с последней звена, как детская психосоматическая помощь;

в ее современной организационной модели отсутствуют профилактические и реабилитационные подходы. Это приводит к неблагоприятным исходам многих психических нарушений в детстве. Вся система детской психиатрической помощи ориентирована на помощь уже тяжело психически заболевшим детям, глубоко дезадаптированным, и не имеет никаких организационных основ для их возвращения к нормальной жизни после лечения;

при том, что многие психические нарушения проявляются в первые годы жизни, отсутствует психиатрическая служба для детей раннего возраста, в то время как уже 15% из них проявляют отчетливые психические нарушения, а 30% составляют "группу риска"¹;

отсутствуют кризисные учреждения для помощи детям с суицидальными тенденциями, несмотря на то, что ежегодно в России кончают жизнь самоубийством тысячи детей и подростков (в 1996 г. — более 2,5 тыс., в последующие годы данная статистика не публиковалась);

отсутствует такое актуальнейшее в современных условиях направление, охватывающее громадные контингенты детей, как детско-подростковая наркология;

система подготовки кадров в настоящее время не обеспечивает необходимой потребности специалистов, их квалификации на современном уровне;

отсутствуют социальные и юридические службы для детей с психическими расстройствами и их семей. Отсутствует законодательная защита прав детей с проблемами психического здоровья;

не налажено взаимодействие между государственными и негосударственными организациями. Министерство здравоохранения официально сотрудничает лишь со структурами, которые находятся в его ведении. Экспертиза новых проектов проводится теми же институтами, которые заинтересованы в этих проектах, что приводит к соответствующим результатам;

отсутствует научно-методический центр федерального уровня по психосоциальным проблемам детства.

В связи с вышеперечисленными объективными причинами нетрудно вычислить, что только 10% нуждающихся в психиатрической помощи детей могут получить ее в государственной психиатрической службе². Кто же входит в остальные 90%? Это дети раннего возраста; дети с психическими нарушениями пограничного уровня, распространенность которых в подростковой популяции превышает 70%, в т.ч. дети в состоянии кризиса с суицидальным риском; дети с психосоматической патологией, каковых в соответствующем населении до 40%; дети-сироты с нарушениями психического развития, находящиеся в интернатных психоневрологических учреждениях, где, по данным специальных исследований, 63% из них не осматриваются психиатром по году и более; и, наконец, дети с алкогольной, наркоманической и токсикоманической зависимостью, поскольку в России отсутствует специальная детско-подростковая наркологическая служба.

Детская психиатрическая служба в существующем на сегодняшний день виде не в состоянии оказать помощь всем этим детям по целому ряду причин. При существую-

¹ Из Решения Коллегии Министерства здравоохранения РФ, 15.05.01 г.

² По данным ежегодных Государственных докладов о положении детей в Российской Федерации.

шем официальном нормативе обслуживания детским психиатром 15 тыс. детского населения реально 1 специалист приходится в среднем на 30 тыс., а если учесть повышенную концентрацию специалистов в столице и Петербурге, то для остальной России это соотношение окажется еще более тяжким. Детские и подростковые психиатры лишились профессионального статуса, поскольку эти специальности были изъяты из официальной номенклатуры специальностей Минздравом РФ. Детские психиатры, работающие не в психиатрических учреждениях, лишены профессиональных прав и льгот и одновременно профессионального контроля и, следовательно, не могут полноценно выполнять свои функции. И существующая система подготовки кадров для детской психиатрии не обеспечивает необходимого разнообразия и достаточного профессионального уровня специалистов.

Одним из главных препятствий в организации полноценной психиатрической помощи нуждающимся в ней детям является ведомственная разделенность детских служб, что особенно пагубно сказывается на судьбе самых незащищенных детей: лишенных родительского попечения, оказавшихся в особых социальных условиях (бомжей, бродяг, преступников, беженцев и т.п.). Если в учреждениях здравоохранения, при всех указанных выше недостатках, все же поддерживается определенный профессиональный уровень психиатрической помощи детям, то в учреждениях других ведомств не приходится говорить и об этом. Существующие альтернативные (негосударственные) учреждения для психокоррекционной помощи детям играют крайне незначительную роль либо из-за их малочисленности, либо из-за того, что организации, высокопрофессиональные и действующие на благотворительной основе, лишены сколько-нибудь существенной государственной поддержки, а работающие для извлечения прибыли — малодоступны для населения и порой низкопрофессиональны.

Приходится констатировать кризис детской психиатрии. Повсеместно сокращается количество стационарных коок для детей и подростков. Если раньше для тяжело больного ребенка была реальной его переправка в Москву, Санкт-Петербург или другой крупный город, располагающий детским психиатрическим стационаром, то сейчас это невозможно из-за дороговизны транспорта. Во многом из-за этого такое уникальное и самое крупное в стране учреждение, как ДПБ № 6 в Москве, располагавшее ранее 1200 койками, за последние годы сократилось более, чем наполовину. С подростковыми стационарами дело обстоит и того хуже. То же можно сказать о детско-подростковой психотерапевтической службе, представленной на карте государственного здравоохранения единичными островками. Не лучше дело обстоит и с психологическим обеспечением службы психического здоровья. При обилии выпускаемых в стране психологов даже в Москве из 138 поликлинических ставок детских психологов заполнены всего 30.

Альтернативой этому процессу могло бы стать расширение специализированной детской и подростковой диспансерной службы, а также создание региональных психопрофилактических междисциплинарных Центров для детей и подростков, находящихся вне психиатрических учреждений и объединяющих, помимо детских психиатров и психотерапевтов, школьных психологов и психологов детских дошкольных учреждений, школьных врачей, дефек-

тологов, логопедов, нейропсихологов, семейных психологов, социальных работников и прочих специалистов.

Задачи подобного приближенного к населению междисциплинарного Центра должны заключаться в профилактике пограничных психических расстройств и социальной дезадаптации детей и подростков, ранней коррекции школьной декомпенсации, проведении скрининговых обследований воспитанников детских учреждений и учащихся, статистике мягких форм психической патологии, популяризации психолого-психиатрических знаний, лицензировании специалистов, в том числе работающих в негосударственных детских учреждениях.

Разработанный Ассоциацией детских психиатров и психологов и Российским обществом психиатров Проект реформирования детской психиатрической службы исходит из принципов активной профилактики, раннего выявления нервно-психических расстройств и отклонений в психическом развитии детей и подростков, своевременного оказания комплексной специализированной помощи ребенку с психическими нарушениями и его семье, повышения ее доступности, приближенности к населению и доверия к ней граждан, приобретения ею организационно-финансовой самостоятельности при сохранении научно-методического и образовательного единства с общей психиатрией, а также при большем сближении с общепедиатрической сетью, развития междисциплинарной интеграции с государственными и негосударственными учреждениями образования, социального развития, правоохранительными и другими немедицинскими структурами.

Основные положения данного Проекта предусматривают: введение в номенклатуру медицинских специальностей и в перечень должностей таких специалистов, как *детский психиатр*, *психотерапевт детско-подростковый*, *нарколог детско-подростковый*, *детско-подростковый медицинский психолог*; создание при Управлении охраны материнства и детства МЗ Отдела детской психиатрической службы, включающего в свой состав главных специалистов вышеназванных специальностей и располагающего собственным информационным центром; усовершенствование системы подготовки специалистов детской психиатрической службы; разработку предложений по дополнениям к Закону РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"; обеспечение в регионах гарантированного развития детской психиатрической службы и преодоление порочной практики ее материального снабжения по остаточному принципу.

В Проекте предлагается реорганизовать существующие формы психиатрической, психотерапевтической, наркологической и медико-психологической помощи детям и подросткам в возрасте от 0 до 17 лет включительно в единое учреждение — региональную детскую психиатрическую службу (ДПС) с различными подразделениями, выполняющими весь комплекс лечебно-диагностических и коррекционно-профилактических функций. В качестве первичного звена ДПС предполагается организация психотерапевтического кабинета в участковой педиатрической поликлинике, включающей, как минимум, трех специалистов — участкового психиатра, участкового психотерапевта, медицинского психолога, а также социального (патронажного) работника со средним образованием.

Тем временем ряд региональных министерств и комитетов здравоохранения вообще отказались от внештатных должностей главных детских психиатров. Там же, где та-

ковые остаются, — это, как правило, бескорыстные энтузиасты, полностью зависимые от главных психиатров регионов и в материальном, и в административном, и в организационном плане.

Надо констатировать и сложившийся перекося в подходе к лечению несовершеннолетних в сторону преобладания психофармакотерапии и резкого дефицита психотерапевтических, коррекционно-психологических и социально-педагогических направлений. В то же время внедрение адекватных и эффективных методов подобной работы как в практику собственно лечебных учреждений (причем не только психиатрического, а и общепедиатрического профиля), так и учреждений образования, создание комплексных мультидисциплинарных бригад и коллективов обеспечит восстановление баланса между психотерапией (в широком смысле) и биологическими методами лечения. Пока же (по принципу "свято место пусто не бывает") потребность детского населения в психотерапевтической помощи удовлетворяется в лучшем случае психологами образовательных и негосударственных учреждений (психотерапевтическая квалификация которых никому не известна, а ответственность никак не оговорена), а в худшем — доморощенными "психотерапевтами", "экстрасенсами", "колдунами" и "целителями".

С другой стороны, и психофармакотерапия детей и подростков, оставаясь на сегодняшний день ведущим лечебным методом, находится в состоянии несомненного кризиса. Если в общей психиатрии традиционные, появившиеся на заре психофармакологической эры препараты давно заменены современными, малотоксичными, более эффективными и тонко психопатологически сфокусированными, то в детской практике этот процесс идет с большим трудом. Большинство новых лекарственных средств официально разрешено к применению после 14–16 лет, а апробация перспективных препаратов связана с массой правовых, организационных и методологических сложностей. Детский психиатр ежедневно сталкивается с дилеммой — лечить ли по старинке и тем самым нарушать клятву Гиппократова либо на свой страх и риск, фактически преступая закон, назначать то лечение, которое считает нужным.

Ни наука, ни практика не могут развиваться и двигаться вперед без соответствующих кадров, подготовка которых представляет еще одну важную нерешенную проблему детской психиатрии. В свете основных направлений развития ДПС уже не достаточно двух номенклатурных должностей (*детский психиатр* и *детский психиатр участковый*), существующих на данный момент при единой официальной специальности *психиатр*, распространяющейся на все возрасты пациентов — от рождения до смерти. Для введения в номенклатуру специальности *психиатр детский*, обслуживающей пациентов от 0 до 17 лет включительно, коллективом кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО подготовлен полный блок необходимых документов, получивший положительные рецензии. И на протяжении 2 лет Министерство здравоохранения никак не может принять соответствующее решение. Необходимо также легализовать должности детско-подросткового психотерапевта, нарколога и медицинского психолога. В противном случае развитие соответствующей помощи будет еще долго оставаться благим пожеланием при нарастающей потребности в ней.

Положительное решение данных вопросов позволило бы уже в ближайшее время более интенсивно готовить

(пока в рамках субспециальностей) детско-подростковых психотерапевтов и наркологов (скорее всего по двум встречным моделям — из детских и общих специалистов), медицинских психологов, психосоматологов и микропсихиатров. Для этого также потребуются междисциплинарное и межведомственное взаимодействие с детской неврологией, педиатрией, общей наркологией, общей психотерапией и психологией на уровне последилового образования. Такое взаимодействие дало бы также возможность институировать целенаправленную подготовку и усовершенствование таких специалистов, как социальный работник и реабилитолог детства, семейный психотерапевт, арттерапевт, педагог-психокорректор и проч. Перспективно введение межкафедральных программ по вопросам охраны психического здоровья детей и подростков в планы обучения студентов медицинских и педагогических вузов.

В усвоении основ психосоматической медицины, психогигиены, пограничной психиатрии, медицинской психологии нуждаются школьные врачи, школьные психологи, валеологи, юристы, педагоги школ и исправительных учреждений, поскольку забота о сохранении психического здоровья детского населения должно входить в круг задач всех, чья деятельность прямо или косвенно связана с подрастающим поколением.

Что касается подготовки основного контингента детско-подростковых психиатров, то в настоящее время имеются три модели их начального образования: четырехмесячная первичная специализация; годичная интернатура; двухгодичная ординатура. Подготовка же детско-подростковых психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов вообще никак не регламентирована — отсюда их дефицит и недостаточный уровень профессионализма. Такая система уже не соответствует растущим требованиям к качеству специализированной помощи. В перспективе представляется оптимальной следующая схема первичной подготовки данных специалистов: интернатура по общей психиатрии (либо практическая работа во взрослой психиатрической клинике не менее года), после чего — прохождение двухгодичной ординатуры по детско-подростковой психиатрии (в рамках одного учреждения оба этапа составляют содержание трехлетней ординатуры). При необходимости получения дополнительной специализации по детско-подростковой наркологии, психотерапии, психосоматике, психиатрии раннего возраста, судебной и военной экспертизе продолжительность обучения в ординатуре может быть увеличена еще на 1–2 года.

Не секрет, что многие психиатры в регионах, совмещающие должности и взрослого, и детского специалиста, ни разу в жизни не проходили последилового усовершенствования по детской психиатрии. В связи с этим на повестке дня стоит вопрос об обязательном направлении их на соответствующие курсы в рамках планового повышения квалификации.

Актуальность концептуально-методологического и организационно-административного обеспечения подготовки большого контингента квалифицированных медицинских (клинических) психологов как для нужд здравоохранения, так и для учреждений различного государственного и негосударственного подчинения, не вызывает сомнений. В то же время само название данной специальности (не говоря уже о круге диагностических, консультативно-экспертных, лечебно-коррекционных задач, входящих в сферу ее компетенции) предполагает наличие диа-

лектических противоречий как внутри ее самой, так и в ее взаимоотношениях со смежными специальностями.

Первичная подготовка детско-подростковых медицинских психологов, а также совершенствование их профессионализма в качестве диагностов, консультантов и психотерапевтов (психокорректоров) нуждаются в специальной проработке и межведомственном согласовании. Вероятно, здесь возможны различные модели, требующие дифференцированных программ. Как возможный вариант первичная подготовка детско-подростковых медицинских (клинических) психологов может производиться в рамках второго или дополнительного образования из общих и школьных психологов или педагогов-дефектологов (олигофренопедагогов), либо из педиатров (на факультетах медицинской психологии медвузов) по дифференцированным программам в течение не менее 2 лет.

Дипломирование, сертифицирование, лицензирование и квалификация медицинских психологов должно осуществляться совместными комиссиями, представленными специалистами от образования и здравоохранения, что явится реальным воплощением давно декларируемой межведомственной интеграции.

Последипломное образование медицинских (клинических) психологов должно осуществляться в учреждениях как медицинского, так и педагогического и иного профиля, располагающих для этого соответствующими возможностями и правами. Это позволит гибко и дифференцированно реагировать на запросы практики. Целесообразно предусмотреть многоступенчатую систему последипломного образования медицинских (клинических) психологов, аналогичную таковой для врачей — интернатура, ординатура, аспирантура и т.д. В рамках второго или дополнительного образования специальность медицинского (клинического) психолога могут получать практические и школьные психологи, а также дефектологи-олигофренопедагоги. К официальной психотерапевтической (а не только психокоррекционной) практике смогут допускаться медицинские психологи, прошедшие специализацию по психотерапии, сдавшие соответствующий сертификационный экзамен и в официальном порядке оформившие свою готовность нести такую же юридическую ответст-

венность за жизнь и здоровье пациента, какую несет врач-психотерапевт.

Дальнейшее усовершенствование детско-подростковых специалистов по общим и узкотематическим вопросам должно строиться по дифференцированному принципу на соответствующих циклах кафедр последипломного образования сроком от 2 до 6 мес с регулярным обучением на них каждого (из расчета 2 нед обучения на год практической работы). В учебные планы и программы кафедр усовершенствования по детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии следует ввести циклы повышения квалификации для смежных специалистов (общих психиатров и наркологов, педиатров, невропатологов, общих и школьных психологов, дефектологов, логопедов, социальных работников, работников детских пенитенциарных учреждений и др.).

Таким образом, профилактика наркомании в детско-подростковой среде не может строиться без учета особенностей проявления психической патологии в этих возрастных группах, без создания реально действующих механизмов межведомственного и межпрофессионального взаимодействия, без принципиального реформирования службы психического здоровья детей и подростков. Без решения указанных проблем эффективность всех усилий государства и общества в данном направлении окажется слишком низкой, а затрачиваемые средства не будут оправданы получаемым результатом.

Список литературы

1. А.С. Бланков // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Материалы Российской науч.-практ. конф. — М., 1996.
2. Л.Ю. Данилова, С.М. Алейникова, В.А. Литвак // XII съезд психиатров России (материалы съезда). — М., 1995.
3. Девиации подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. — М., 2001.
4. Н.М. Иовчук. // Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. — М., 1995.
5. М.Е. Проселкова. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты): Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1996.

SOME ORGANISATION AND METHODOLOGICAL PROBLEMS OF DRUG ABUSE PREVENTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

SEVERNY A.A. Cand.med.sci., senior resercher, Mental Health Research Center, Moscow

SHEVCHENKO YU.S. Russian children psychiatrist and psychologist association, Moscow

In Russia the use of alcohol, drugs and other psychoactive substances (PAS) among minors became the problem, which is serious danger for health of population, economy of state, social sphere, and regime. Children's and adolescent's mental deviations which not diagnosed and not corrected in good time cause "high risk zone" for drawing minors into PAS. Prevention of drug abuse in children and adolescents isn't possible without consideration of special features of mental pathology displays in this age groups, without building of real effective mechanisms for interdepartmental and interprofessional co-operation, without principled reforming of mental health service for children and adolescents.