

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XVIII

№ 1

2012

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А.А. Чуркин; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х. Гонопольский (Хайфа); кандидат медицинских наук А.Т. Ескалиева (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук М.К. Телеуов (Астана)

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано
Министерством печати и массовой информации
Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 1995 году
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

Катков А.Л.

К методологии комплексного исследования проблемы социальных эпидемий 7-15

Катков А.Л.

Новые подходы в профилактике интернет-зависимости 15-29

Катков А.Л.

Основные механизмы эффективного противодействия распространению социальных эпидемий в свете концепции мутагенных цивилизационных факторов и синергетического подхода 29-37

Катков А.Л.

Универсальные механизмы вовлечения в социальные эпидемии 37-40

Кусаинов А.А., Байкенов Е.Б., Павленко В.П., Хамитова Ж.М., Зайнуллин С.В.

Интернет-зависимость как одна из форм нехимической аддикции 41-44

РГКП

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

ПСИХОТЕРАПИЯ

Жидко М.Е.

«Чувство жизни» как индикатор эволюции процесса в психотерапии 45-50

Катков А.Л.

К программе тематического усовершенствования по теме «Экспресс-психотерапия» 50-59

Мусабекова Ж.К.

Особенности краткосрочных подходов психотерапии и консультирования, применяемых при зависимостях от психоактивных веществ 59-64

Уманский С.В.

Клиническая психотерапия и синергетика. Новая трансдисциплинарная философско-методологическая парадигма 64-70

Уманский С.В., Семке В.Я.

Психотерапевтические подходы к проблеме продления жизни 70-71

Том XVIII
№ 1
2012 год

ПСИХИАТРИЯ

Молчанов С.Н.

Организация реабилитационных услуг для лиц, состоящих на учёте со II группой инвалидности по психическому заболеванию (на примере работы Общественного объединения «Клубный Дом «Альрами») 72-73

выходит
4 раза в год

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Тампишиева Д.Р.

Оценка нуждаемости в паллиативной помощи детскому населению Республики Казахстан на основе опыта работы КГУ «Детского психоневрологического медико-социального учреждения г. Астаны»

74-76

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Катков А.Л.

Профилактика игровой зависимости

77-87

Катков А.Л.

Функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии

87-92

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

*Козлова Н.С., Палкина Е.Ю., Потехина Е.Ф., Одегова М.В.,
Кривошеева Т.В.*

Интегративный метод суггестивно-образной терапии в системе реабилитации психически больных

93-95

Прилуцкая-Сущенко М.В.

Основные аспекты исследования феномена интернет-аддикции/зависимости (обзор англоязычных литературных источников)

95-98

Самусенко Е.Е.

Концепция архетипа: второе рождение, или «психический рефлекс»

98-106

Фесенко Н.Ф.

Психологическая диагностика в пенитенциарной системе осужденных лиц

106-110

Резюме

111-118

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

SOCIAL EPIDEMICS

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

<i>Katkov A.L.</i>	
To methodology of complex research of a problem of social epidemics	7-15
<i>Katkov A.L.</i>	
New approaches in Internet dependence prevention	15-29
<i>Katkov A.L.</i>	
The main mechanisms of effective counteraction to diffusion of social epidemics in the light of the concept of the mutagen civilizational facts and a synergetic approach	29-37
<i>Katkov A.L.</i>	
Universal mechanisms of involvement in social epidemics	37-40
<i>Kusainov A.A., Baykenov E.B., Pavlenko V.P., Hamitova Zh.M., Zaynnullin S.V.</i>	
Internet dependence as one of forms of not chemical addiction	41-44

PSYCHOTHERAPY

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

<i>Zhidko M.E.</i>	
«Feeling of life» as the indicator of evolution of process in a psychotherapy	45-50
<i>Katkov A.L.</i>	
To the program of thematic improvement on the subject «Express psychotherapy»	50-59
<i>Musabekova Zh.K.</i>	
Features of short-term approaches of a psychotherapy and the consultation, applied at dependences on psychoactive substances	59-64
<i>Umansky S.V.</i>	
Clinical psychotherapy and synergetics. New transdisciplinary philosophical and methodological paradigm	64-70
<i>Umansky S.V, Semka V.Y.</i>	
Psychotherapeutic approaches to a problem of extension of life	70-71

**Volume XVIII
№ 1
2012**

**Published 4 times
in a year**

PSYCHIATRY

<i>Molchanov S.N.</i>	
The organization of rehabilitational services for the faces consisting on the account with the II group of disability on a mental disease (on an example of work of Public association ««Alrami» Club House»)	72-73

BOUNDARY PATHOLOGY

Tampisheva D.R.

Assessment of needs in the palliative help to the children's population of Kazakhstan Republic on the basis of KGU «Child care psychoneurological medico-social facility of Astana» experience

74-76

HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.

Katkov A.L.

Preventive of game dependence

77-87

Katkov A.L.

The functional concept of psychological health – fastness to involvement in social epidemics

87-92

INFORMATION AND REVIEWS

Kozlova N.S., Palkina E.Y., Potekhina E.F., Odegova M.V., Krivosheyeva T.V.

Integrativny method of suggestive and figurative therapy in system of aftertreatment of the mentally sick

93-95

Prilutskaya-Sushchenko M.V.

Main aspects of research of a phenomenon internet-addiction / dependence (review of English references)

95-98

Samusenko E.E.

Archetype concept: rebirth, or «a mental reflex»

98-106

Fesenko N.F.

Psychological diagnostics in penal system of the condemned persons

106-110

Summary

111-118

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УДК 616.89:316.6

К МЕТОДОЛОГИИ КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ

А.Л. Катков

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

1. Введение

В последние десятилетия пристальное внимание мировой общественности и, в особенности, научных, культурных, политических и военных элит привлекают такие кризисные и масштабные социальные явления, как наркозависимость, терроризм, религиозный национальный экстремизм, распространение деструктивных культов и сект, игромании, компьютерная зависимость.

В эпоху глобализации и проникновения информационных технологий в жизненное пространство каждого человека эти, до поры изолированные и разрозненные социальные явления, обнаруживают тенденцию к неконтролируемому росту и охвату все более значительных групп населения.

Степень деструктивного влияния упомянутых процессов на экономику, политику и социальную стабильность в ряде стран и регионов, а в конечном итоге - на мировой порядок в целом, весьма значительна. Однако все эти, безусловно важные соображения, отступают на второй план перед одним крайне тревожным фактом – жизнь и здоровье человека, вовлеченного в химическую, либо деструктивную психологическую зависимость, подвергаются реальной угрозе, а его патологическое поведение может представлять опасность для жизни и здоровья других людей.

Беспрецедентные темпы распространения, огромные социальные и экономические потери, а также нарастающее разочарование в связи с недостаточной эффективностью противодействующих усилий являются главными стимулами, побуждающими к углубленному исследованию процессов, которые мы обозначили как социальные эпидемии – определение, которое объединяет наиболее деструктивные тенденции новейшего времени:

- эпидемию химической зависимости (алкоголизм наркомании, токсикомании) с вовлечением до 7% населения;
- эпидемию деструктивной психологической зависимости (тоталитарные культуры и секты, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость) с вовлечением до 2% населения;
- эпидемию адаптационных расстройств с проявлениями синдрома деморализации, – с вовлечением до 12% населения.

2. Общая методология исследования

2.1 Общие сведения об исследовательском проекте

Комплексное исследование проблемы социальных эпидемий осуществляется Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, Республика Казахстан) – первым научным центром аддиктологического профиля, действующим в Центрально-Азиатском регионе и имеющим статус Международного ресурсного центра (проект УНП ООН по созданию всемирной сети ресурсных центров «Treetnet»).

Начиная с 2002 г. научным коллективом РНПЦ МСПН по отдельным тематическим аспектам проблемы социальных эпидемий было выполнено три научно-технических программы (НТП 2002-2004 гг., НТП 2005-2007 гг., НТП 2008-2010 гг.). В настоящее время реализуется четвертая тематическая научно-техническая программа (2011-2013 гг.) «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий химической зависимости (наркозависимость, алкоголизм, токсикомании), деструктивной психологической зависимости (вовлечение в экстремистские организации, тоталитарные секты, игромании, компьютерную зависимость)».

Основными правоустанавливающими документами, предписывающими проведение вышеназванных тематических исследований, являются «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2000-2005 годы, на 2006-2014 годы», утвержденные специальными Указами Президента РК. В частности, в данных основополагающих документах устанавливаются следующие приоритетные задачи: 1) достижение полноценного охвата населения РК эффективными профилактическими программами, обеспечивающими формирование устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии (химическую зависимость: наркоманию, алкоголизм, токсикомании; психологическую зависимость: игроманию, деструктивные секты и культуры, экстремизм, компьютерная зависимость и др.); 2) эффективная реабилитация лиц с клинической и психологической зависимостью.

Основным заказчиком тематических исследований является Правительство РК в лице Министерства здравоохранения.

2.2 Характеристика объекта исследования

Основной объект исследования – население Республики Казахстан (общие выборки, целевые выборки).

2.3 Характеристика основного предмета исследования

2.3.1 Уточнение рамок проблемного поля настоящего комплексного исследования стало возможным в результате формулировки следующего развернутого рабочего определения изучаемого социального явления: под термином «социальные эпидемии» понимаются процессы:

- развития у существенной части населения (до 12%) адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации – зоны наиболее вероятных рисков формирования химической и деструктивной психологической зависимости;
- вовлечения населения в химическую (алкоголизм, наркомания, токсикомания) зависимость – до 5% населения;
- вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игроманию, компьютерная зависимость) – до 2% населения, масштабы и темпы роста которых, а также объемы потерь – психологических, социальных, биологических, экономических, несомых обществом в данной связи, – представляют прямую угрозу существующему социальному порядку, нации, государству.

В приведенной дефиниции определение «социальные» демонстрирует качественное отличие рассматриваемого эпидемического процесса от биологических эпидемий, а также – взаимозависимость данного феномена, в первую очередь, с цивилизационными издержками развития.

Термин «эпидемии» используется, в данном случае, в полном соответствии с его истинным значением (букв. – над всеми людьми; имеющее отношение ко всем людям).

Синдром деморализации, сопутствующий адаптационным расстройствам (шифр F 43.2 по МКБ-10), был описан Д. Франком (1986) в следующих типичных проявлениях: 1) низкий уровень самооценки; 2) чувство безнадежности и беспомощности; 3) чувство страха, тревоги, уныния; 4) спутанность мышления; 5) психофизиологические синдромы, воспринимаемые как признаки нарушения физического здоровья. Существенной особенностью данного состояния является функциональная блокада способностей субъекта к самоорганизации в ситуациях адаптационного напряжения, с формированием поискового поведения – чаще неосознанного – в сторону ресурсного статуса (например, за счет упот-

ребления психоактивных веществ или формирования состояний измененного сознания в результате использования специальных психотехнологий).

Таким образом, общим предметом настоящих исследований является феномен социальных эпидемий с его дифференцируемыми компонентами.

2.3.2 Специальным предметом исследования являются наиболее существенные характеристики изучаемого феномена:

- универсальные механизмы вовлечения в социальные эпидемии;
- универсальные факторы и алгоритмы формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

2.4 Цель исследования

Разработка мета-концепции социальных эпидемий.

Преодоление доктринального, а также институционального дефицитов в рассматриваемой сфере.

Существенное повышение эффективности противодействующих усилий в социальном секторе РК.

2.5 Основные задачи комплексного исследования

В ходе реализации научной программы предполагалось решение следующих задач, сгруппированных по основным функциональным профилям.

Собственно исследовательские задачи:

- идентификация универсальных факторов риска вовлечения в социальные эпидемии, представленных зависимыми переменными (т.е. такими характеристиками, на которые можно эффективно воздействовать в краткосрочной и среднесрочной перспективе, и на основе которых выстраиваются адекватные мишени для соответствующих профилактических программ). В ходе выполнения данной исследовательской задачи должно быть получено научное обоснование совокупности именно тех свойств индивида, высокий уровень развития которых эффективно препятствует, а низкий – способствует вовлечению в социальные эпидемии в условиях агрессивной среды. Данные свойства должны быть четко идентифицируемы с помощью известных терминов и определений, измеряемы апробированными тестами и методиками, иметь статистически достоверный и явно выраженный антагонистический характер по отношению к доказанным рискам и фактам вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость. Полученные таким образом результаты должны представлять основу функциональной концепции устойчивости к агрессивным факторам среды – одного из главных компонентов мета-концепции социальных эпидемий;

- идентификация универсальных механизмов вовлечения в социальные эпидемии. Данная исследовательская задача предполагает углубленный анализ цивилизационных факторов, взаимодействие ко-

торых приводит к тому, что, в прошлом, изолированные и сдерживаемые традиционными культуральными и социальными ограничениями явления стали приобретать характер неконтролируемых социальных эпидемий. Результаты данного анализа должны быть представлены теорией мутагенных цивилизационных факторов – одним из главных компонентов мета-концепции социальных эпидемий. Прагматический аспект данной теории должен представлять обновленную доктрину противодействия социальным эпидемиям, в том числе – давать ясные представления о способах эффективной компенсации деструктивного воздействия мутагенных цивилизационных факторов;

– идентификация универсального алгоритма формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. В ходе выполнения данной задачи должен быть сформирован системообразующий стержень инновационных профилактических, терапевтических и реабилитационных технологий для лиц с высокими рисками и признаками вовлечения в социальные эпидемии. Данный технологический стержень, в совокупности с определенными организационными принципами, должен представлять мета-модель социальной психотерапии – главный прагматический компонент общей концепции социальных эпидемий, компенсирующий институциональный дефицит в рассматриваемой сфере.

Последовательная реализация трех вышеназванных задач собственно исследовательского блока позволяет установить четкую взаимозависимость между главными типами социальных эпидемий, обосновать правомерность использования данного общего для наиболее деструктивных социальных процессов термина. И далее – разработать и обосновать три основных компонента мета-концепции социальных эпидемий.

Аналитические и синтетические задачи:

– выявление доктринального дефицита в сфере противодействия социальным эпидемиям, понимаемого как несостоятельность объясняющей научной системы, лежащей в основе общего подхода к рассматриваемой проблеме, в частности – в основе главных принципов противодействия, выводимых из данного подхода;

– выявление институционального дефицита, понимаемого как несостоятельность и неэффективность действующих социальных институтов – элементов социальной структуры, в чью компетенцию входит организация контроля над процессами распространения социальных эпидемий;

– разработка и обоснование мета-концепции социальных эпидемий, которая, в идеале, должна быть представлена следующими аналитическими и концептуальными блоками: первый аналитический блок дает четкий ответ на вопрос о том, какие движущие силы и механизмы лежат в основе рассматриваемого эпидемического процесса и обуславли-

вают беспрецедентные типы и масштабы его развития (задача 2 первого блока); второй аналитический блок должен прояснять ситуацию с неуспешностью используемых стратегий противодействия процессу распространения социальных эпидемий, наглядно демонстрировать доктринальные просчеты и методологические ошибки данных стратегий (задачи 4, 5 второго блока); три следующих концептуальных блока – функциональная концепция психологического здоровья-устойчивости к агрессивным воздействиям среды (задача 1 первого блока), мета-модель социальной психотерапии (задача 3 первого блока), концепция управления качеством противодействующей активности в социальном секторе (задача 9 третьего блока) – в комплексе – должны давать отчетливое научное обоснование того, какими должны быть: обновленная доктрина, стратегия и технологии социального противодействия, обеспечивающие надежное блокирование и обратное развитие процесса распространения социальных эпидемий.

Последовательная реализация задач аналитического и синтетического блока позволяет сформулировать обновленную, обоснованную и целостную систему научных взглядов и подходов к рассматриваемой проблеме, дающих, в итоге, взятную перспективу установления действенного контроля над процессом распространения социальных эпидемий.

Экспериментально-организационные задачи:

– разработка, апробация и широкомасштабное внедрение технологий эффективного противодействия распространению социальных эпидемий, основанных на универсальных алгоритмах формирования устойчивости к агрессивным воздействиям среды;

– разработка, апробация и широкомасштабная институализация организационных технологий эффективного противодействия процессу распространения социальных эпидемий. В ходе реализации данной задачи должна быть обновлена нормативная база действующих в рассматриваемой сфере социальных институтов, разработаны и внедрены научно-обоснованные системы профессиональных стандартов, апробирован и внедрен кластерный принцип взаимодействия организаций и структур, представляющих мета-модель социальной психотерапии;

– разработка и обновление концепции управления качеством процессов противодействующей активности в социальном секторе (образование, здравоохранение, медицинские и информационные сети, сектор неправительственных организаций) – одного из основных компонентов мета-концепции социальных эпидемий;

– осуществление комплексной программы мониторинга ситуации в сфере распространения социальных эпидемий среди населения РК и оценки эффективности противодействующих усилий.

Реализация задач экспериментально-организационного блока способствует преодолению институ-

ционального дефицита в рассматриваемой сфере, а также – достижению конечной цели научного проекта – существенному повышению эффективности усилий, противодействующих процессу распространения социальных эпидемий.

2.5 Материалы исследования

В связи со сложностью дизайна комплексного исследования материалы были распределены по четырем основным группам.

2.5.1 Материалы по профилю эпидемиологических, клинических и экспериментально-психологических исследований (задачи 1, 3 первого блока; задачи 7, 8 третьего блока) включают следующие исследуемые группы.

Эпидемиологический профиль:

- 2001 год – общая выборка населения РК (возраст 12-55 лет) – 7851 человек;
- 2003 год – общая выборка населения РК (возраст 12-55 лет) – 10560 чел.;
- 2007 год – целевая выборка зависимых от наркотиков – 2446 чел.;
- 2008 год – целевая выборка школьников (возраст 9-17 лет) – 1854 чел.

Клинический и экспериментально психологический профиль – специфика и общая численность исследуемых групп, обозначенных в соответствующих фрагментах тематических НТП 2002-2011 гг.:

- лица с высокими рисками вовлечения в химическую и психологическую зависимость – 763 человека;
- лица с установленным диагнозом химической зависимости – 8751 чел.;
- лица с деструктивной психологической зависимостью – 286 чел.;
- лица с расстройствами адаптации (F 43.2 по МКБ-10) – 2212 чел.

2.5.2 Материалы статистического профиля, отражающие уровни распространения отдельных типов социальных эпидемий, охват населения профильной помощью, степень эффективности противодействия, оказываемого в социальном секторе РК (статистические сборники, отчеты, обзоры результатов соответствующих исследований – всего 216 источников) – задача 10 третьего блока;

2.5.3 Материалы нормативного профиля, характеризующие институциональный дефицит, в частности, несовершенство основных инструментов управления качеством и противодействующих усилий (законодательство, тематические национальные и региональные программы, стратегии, межведомственные и ведомственные приказы, документы, регламентирующие профессиональную деятельность в секторе здравоохранения, образования – всего 437 источников) – задача 5 второго блока, задача 9 третьего блока.

2.5.4 Материалы аналитического профиля, устанавливающие наличие системного доктринального

дефицита в сфере противодействующей социальной активности, в частности, характеризующие дефицитарность и деформированность представлений об основных движущих силах и механизмах распространения социальных эпидемий, системные ошибки в сфере социальной политики, низкую эффективность профилактирующих мероприятий, реализуемых в сфере образования, здравоохранения, секторе неправительственных организаций, медийном и сетевом пространстве – всего 4830 источников (задача 2 первого блока, задача 4 второго блока).

2.6 Методы исследования

В ходе реализации комплексного научного проекта нами использовались следующие группы исследовательских методов.

Диагностические методы (задачи 1, 3, 7, 8, 10):

- клинико-психопатологический, позволяющий констатировать формирование химической либо психологической зависимости, наличие синдрома деморализации и других психопатологических синдромов у представителей исследуемых групп;
- клинико-психологический, позволяющий квалифицировать особенности личности и поведения, отношения к болезненным проявлениям в исследуемых группах;
- экспериментально-психологический, дающий возможность идентификации свойств психологического здоровья-устойчивости, определения уровня рисков вовлечения в социальные эпидемии в тематических исследуемых группах;
- социологический (анкетирование, интервью, социологический анализ и др.), используемый для выявления каких-либо аспектов отношения населения к проблеме социальных эпидемий, оценки эффективности противодействующих усилий в отношении стандартных, либо экспериментальных методов такого противодействия.

Экспериментальные методы (задачи 7, 8, 9):

- метод контролируемого клинического эксперимента, используемый при апробации инновационных технологий лечения и реабилитации в экспериментальных группах;
- метод контролируемого организованного эксперимента, используемый при апробации новых организационных технологий противодействия процессу распространения социальных эпидемий;
- метод экспериментального моделирования, используемый при разработке инновационных технологий и моделей помощи в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий.

Аналитические методы (задачи 2, 4, 5, 7, 8, 9):

- метод экспертных оценок, позволяющий идентифицировать и охарактеризовать системный (доктринальный, институциональный) дефицит в сфере базисных представлений противодействующей активности процессу распространения социальных эпидемий;

– метод экономического анализа, дающий представление об экономической эффективности инновационных и традиционных технологий профилактики, лечения, реабилитации, организационных технологий, используемых в рассматриваемой сфере;

– метод комплексного анализа эффективности (включая клиническую, социальную, экономическую эффективность), используемый в этих же целях.

Универсальные методы и подходы:

– статистических метод использовался для проведения статистико-математической обработки показателей, полученных при реализации каждого из перечисленных методов в исследуемых группах. При этом использовались программные продукты SPSS для Windows, обладающие необходимыми возможностями для всех этапов аналитического процесса в математической статистике, включая дифференцированный статистический анализ. При изучении взаимосвязи и взаимозависимости исследуемых признаков применялись коэффициенты корреляции Пирсона (измерение силы линейных взаимосвязей между двумя переменными) и Спирмена (ранговая корреляция). Оформление каких-либо выводов делалось только лишь на основании достоверных данных, полученных в результате статистико-математической обработки исследуемых параметров, показателей;

– системный подход использовался при решении системных исследовательских задач (задачи 1, 2, 3, 6, 9), требующих осмыслиения сложной динамики взаимодействия рассматриваемых факторов и параметров, сведения разрабатываемых концептов и организационных моделей в систему (мета-концепцию, мета-модель) с признаками функционального единства и четко идентифицированным системообразующим стержнем.

2.7 Специальные инструменты исследования

Наряду со стандартными инструментами – техническим приложением к каждому используемому инструментальному методу (тесты, шкалы и пр.) – в настоящем исследовании применялись и специальные технологии сбора, обработки и оценки информации, соответствующие специфике комплексного научного проекта. Данные технологии были разработаны группой ученых РК с оформлением соответствующих патентных документов.

2.7.1 Инструменты, используемые на стадии сбора и первичной обработки информации:

– Павлодарский многофункциональный опросник (ПМО) представляет собой инструмент, позволяющий в ходе проведения эпидемиологических исследований определять: 1) уровень психологического здоровья-устойчивости населения к вовлечению в социальные эпидемии изучаемого региона в целом (возрастная группа 12-55 лет), а также – в тематических фокус-группах: профессиональных, гендерных, этнических, субрегиональных и др., при этом

общая методология исследования с помощью ПМО позволяет дифференцировать до 70 фокус-групп; 2) уровни психического здоровья изучаемого региона в целом, а также – в аналогичных фокус-группах; 3) степень взаимозависимости доказанных рисков и фактов вовлечения в конкретные типы социальных эпидемий с идентифицированными уровнями психологического и психического здоровья; 4) степень взаимозависимости каких-либо конкретных факторов или обстоятельств (например, возраст, пол, профессия, социальное окружение, семейный статус, отношение к здоровью и пр.) с идентифицируемыми уровнями психологического здоровья и рисками вовлечения в социальные эпидемии.

С помощью ПМО возможно решение и других исследовательских задач прикладного характера: 5) определение степени информированности населения о проблеме социальных эпидемий; 6) определение источников информирования населения о данной проблеме; выделение тех источников информации, которые пользуются или, наоборот, не пользуются доверием населения; 7) определение отношения населения к деятельности государственных, общественных и иных структур по организации противодействующих усилий, и общей оценки результатов такого рода деятельности; 8) определение вектора общественного мнения в отношении наиболее вероятных причин, способствующих распространению социальных эпидемий; 9) одобряемые в обществе способы профилактики; 10) предпочтительные векторы целенаправленной деятельности государственных и иных структур по решению проблемы социальных эпидемий.

Выбор задач обусловлен определяемым концептуально-методологическим уровнем исследования: мультисекторальным (в общий формат входят все возможные исследовательские направления); межсекторальным (в общий формат включаются лишь некоторые исследовательские направления); моносекторальным (в общий формат включается лишь одно из всех возможных направлений исследовательской деятельности).

Далее, в соответствии с избранным концептуально-методологическим уровнем исследования, определяется специфика и общее количество исследуемых фокус-групп; выбирается соответствующая версия исследовательской карты (полная, сокращенная); определяется объем и общий тип выборки, а также – методология ее формирования; после сбора заполненных карт материалы подвергаются статистико-математической обработке, в ходе чего проводится оценка доверительного интервала, определяются значимые различия, оцениваются размеры корреляции исследуемых признаков и параметров.

Полная версия ПМО содержит 124 вопроса, распределенных по 7 тематическим разделам. Заполнение опросника требует от 30 до 40 минут, что требует специальной подготовки респондентов.

В нашем случае ПМО использовался в мульти-секторальном формате полной версии (эпидемиологические исследования 2001, 2003, 2007 гг.);

– Компьютерная программа по определению уровня психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии – инструмент, используемый как для скрининга, так и для индивидуальной диагностики – представляет собой программный продукт, созданный на основе способа (алгоритма) оценки степени устойчивости и, соответственно, предрасположенности к формированию химической, деструктивной, психологической зависимости для школьников в возрасте 9-11 лет, 12-13 лет, подростков от 14 до 18 лет и взрослых 19-32 лет.

Данная программа позволяет: 1) оперативно определить степень риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии для отдельно обследуемых или отдельной группы (ярко выраженный риск; наличие риска; низкий уровень риска); 2) с минимальными временными затратами получить развернутый отчет о состоянии психологического здоровья-устойчивости испытуемого, а также о наличии в его статусе биологических и социальных предпосылок к вовлечению в химическую, психологическую зависимость; 3) тестировать респондента многократно, отслеживая результаты эффективности профилактических вмешательств в динамике; 4) тестировать многочисленные группы людей, анализируя соотношение устойчивости-предрасположенности к вовлечению в социальные эпидемии отдельно взятого класса, школы, студенческой группы, всего коллектива учащихся и т.д.

Программа снабжена подробными инструкциями на каждом этапе работы, позволяет хранить результаты испытуемых, создавать базы данных, которые могут использоваться с различными исследовательскими целями. Возможна работа в анонимном режиме с сохранением данных под специальной учетной записью анонимного испытуемого.

В нашем случае настоящая программа использовалась с целью определения уровней психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии у детей и подростков-учащихся средних школ РК, а также – в целях оценки эффективности соответствующих профилактических и терапевтических программ;

– Базисная исследовательская карта (БИК) стационарного больного – инструмент, используемый для систематизированного сбора информации в ходе проведения клинических, клинико-психологических исследований в рамках реализации настоящей научного проекта. Регистрация исследуемых параметров в изучаемых группах предполагает заполнение самим пациентом и специалистами, имеющими отношение к исследовательскому процессу, трех частей БИК. Первая часть БИК в общей сложности содержит 172 параметра, 804 показателя, рас-

пределенных по 5 разделам, отражающим общие сведения о пациенте. Вторая часть БИК отражает информацию о типе и основных характеристиках патологического состояния зависимости, представлена 176 параметрами, 1084 показателями. В третьей части БИК сосредоточены показатели специальных тестов и исследований – до 350 индикаторов.

Статистико-математическая обработка тематических исследовательских карт (их электронный вариант) позволяет установить достоверные различия и значимые корреляции в динамике основных клинико-психопатологических, клинико-психологических проявлений и др. в исследуемых группах – экспериментальных, контрольных, группах сравнения.

2.7.2 Инструменты, используемые для анализа системного дефицита (доктринального, институционального) в сфере противодействия социальным эпидемиям

– Модель дисциплинарной матрицы – инструмент обеспечения системной целостности методологических подходов к изучению любого самостоятельного научно-практического направления или группы направлений, объединяемых в единый функциональный кластер (как это имеет место в нашем случае).

Использование инструмента дисциплинарной матрицы предполагает анализ следующих содержательных параметров исследуемых специальностей и направлений: 1) четко обозначенная специфика (т.е. обращенность конкретной дисциплины к какой-либо предметной сфере); 2) методологическая разработанность основных информационных и функциональных блоков, представляющих системные уровни исследуемой научно-практической дисциплины или группы близких дисциплин; 3) наличие проработанных методологических механизмов обновления основных информационных и функциональных блоков, представляющих конкретную дисциплину; 4) наличие дееспособной институциональной модели исследуемого направления, представленного в системе действующих социальных институтов; 5) наличие действующей системы мониторинга эффективности реализации полного технологического цикла, специфического для данной дисциплины.

Далее, должен проводиться анализ каждого уровня структурного каркаса дисциплинарной матрицы по таким параметрам, как степень критической проработанности, адекватность содержания, полнота, соотношение с другими уровнями, в совокупности представляющих иерархию системной организации изучаемых дисциплин и научно-практических направлений: 1) уровня фундаментальных допущений, определяющего принадлежность конкретной дисциплины к ареалу науки, и далее – к какому-либо полюсу научных знаний – естественно-научному, гуманитарному; 2) уровень базисных научных дисциплин, теорий, концепций, представляющий те на-

учные дисциплины с их основополагающими теориями и концепциями, с учетом которых формируются исходные установки рассматриваемой дисциплины; 3) уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций, на котором представлены основные дисциплинарные разработки, определяющие доктринальные установки и принципы их реализации в системе действующих специальных институтов; 4) уровень актуального профессионального поля, представленного обновляемым набором актуальных знаний-умений-навыков, необходимых для профессионалов, действующих в общем формате конкретного научно-практического направления; 5) уровень профессиональных стандартов, представленный системой профессиональных стандартов, разработанных для исследуемой дисциплины и формирующих «видимый» корпус конкретного научно-практического направления, непосредственно соприкасающийся с основными контактными группами (в нашем случае – с потребителями профильных услуг).

Использование инструмента дисциплинарной матрицы существенно облегчает анализ доктринального дефицита в сфере противодействия распространению социальных эпидемий;

– Универсальная система профессиональных стандартов – данный инструмент представляет собой расширенное описание 5-го уровня структурного каркаса дисциплинарной матрицы, конкретизирующего способы и формы институализации какого-либо научно-практического направления. Использование данного инструмента существенно облегчает анализ институционального дефицита в рассматриваемой сфере (в нашем случае – институционального дефицита в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий).

Применительно к задачам настоящего исследования было сформулировано следующее функциональное определение системы профессиональных стандартов – нормативно заданная и согласованная активность соответствующих социальных институтов и служб, направленная на достижение эффективного контроля в сфере распространения социальных эпидемий.

Сущностная характеристика предлагаемой эталонной модели стандартных требований по оформлению профессиональной деятельности в интересующей нас сфере состоит в том, что в данной модели каждый из описываемых профессиональных стандартов (мониторинга, услуг, профессиональной спецификации и квалификации, профессиональной подготовки, организации профильных служб) соотносится со всеми остальными по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости и взаимодополнения. Так, основная функция стандарта мониторинга, помимо идентификации истинных масштабов и темпов распространения социальных эпидемий, определяется в данной схеме как выявление

потребностей населения в профильной помощи и степени удовлетворения данных потребностей действующими службами. На основании полученной таким образом информации должен выстраиваться стандарт услуг с точным расчетом необходимого ассортимента и объема, полностью соответствующих потребностям основных групп населения. В свою очередь, профиль, ассортимент и рассматриваемый объем услуг являются основанием для разработки адекватного стандарта профессиональной спецификации (т.е. набора тех профессий, которые имеют непосредственное отношение к рассматриваемой проблеме), а также – квалификационных требований по каждой профессиональной номинации, четко определяющих характеристики знаний-умений-навыков, необходимых для качественной реализации предусмотренного ассортимента услуг. Далее, система профессиональной спецификации и соответствующих квалификационных требований являются основанием для разработки стандарта программ профессиональной подготовки (дипломной, посл дипломной, дополнительной, непрерывной) персонала, принимающего непосредственное участие в процессах, противодействующих распространению социальных эпидемий. Наконец, на основании всех вышеназванных стандартов производится необходимый расчет структурного, технологического, кадрового, финансово-экономического, нормативно-методологического обеспечения деятельности профильных служб, т.е. разрабатываются ответственные организационные стандарты. Эффективность противодействующих усилий оценивается с помощью программы мониторинга, включающей системы промежуточных и конечных индикаторов эффективности.

Используя данную схему, можно сравнительно легко определить основные изъяны и несогласованность в системе противодействующих усилий. Проведение данной процедуры предусматривает заполнение карты комплексной оценки качества деятельности каждой профильной службы (285 учитываемых признаков) с последующей экспертной оценкой полученных результатов;

– Шкала уровней контроля в сфере распространения социальных эпидемий – инструмент, используемый для комплексной оценки эффективности противодействующих усилий по отдельным группам социальных эпидемий – содержит следующие идентифицируемые уровни: 1) нулевой уровень контроля (ситуация не исследуется; сведения о распространении социальных эпидемий в конкретном регионе хаотичны и недостоверны; возможности эффективного влияния на ситуацию отсутствуют); 2) первый уровень контроля (информация о ситуации неполная; сведения о распространении социальных эпидемий собираются нерегулярно, из ограниченного количества источников; возможность влияния на ситуацию минимальная – противодей-

ствующие усилия не организованы и неэффективны; 3) второй уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная и регулярно обновляемая; возможность влияния на ситуацию ограничена вследствие недостаточного объема и эффективности противодействующих усилий); 4) третий уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная, регулярно обновляемая; масштабы и эффективность противодействующих усилий сопоставимы с масштабами проблемы и оказывают существенное влияние на ситуацию в плане блокирования и обратного развития основных тенденций по распространению социальных эпидемий).

Шкала уровней контроля используется для оценки конечного индикатора эффективности в сфере противодействия социальным эпидемиям.

2.8 Основные этапы исследования

- 1-й этап (2001-2004 гг.) предусматривал: сбор и анализ первичной информации о проблеме социальных эпидемий; разработку общей исследовательской стратегии, профильных научно-технических программ; подготовку соответствующего ресурсного обеспечения (кадрового, технологического, финансово-экономического), необходимого для реализации научной программы; выполнение собственно исследовательских задач 1-3 с разработкой основных теоретических блоков мета-концепции социальных эпидемий;
- 2-й этап (2005-2008 гг.) предусматривал: выполнение аналитических задач 4-5 по исследованию доктринального и институционального дефицитов в сфере противодействия социальным эпидемиям; выполнение задач 7-8 по разработке и аprobации эффективных технологий (профилактических, лечебных, реабилитационных, организационных); разработку концепции управления качеством процессов противодействующей активности в социальном секторе (задача 9);
- 3-й этап (2009-2013 гг.) включает: завершение формирования мета-концепции социальных эпидемий (задача 6); широкомасштабное внедрение разработанных инновационных технологий на национальном уровне с мониторингом эффективности противодействующих усилий (задачи 7, 8, 10).

2.9 Ресурсная обеспеченность

Технологическое обеспечение исследовательского процесса осуществлялось за счет ресурсов РНПЦ МСПН – основного исполнителя научного проекта. Так, основные научные отделы Центра изначально были ориентированы на выполнение отдельных задач комплексного проекта (отделы информации и анализа, социологических, клинических исследований; отдел профессиональных стандартов, отдел образования с профильной кафедрой). При РНПЦ МСПН был организован лечебно – реабилитационный блок с полным набором необходимых

лечебно-реабилитационных и диагностических подразделений, с общим аддиктологическим профилем деятельности. Центр эффективно взаимодействовал с наркологическими учреждениями РК за счет механизмов единой информационной сети, объединяющей все государственные учреждения наркологического профиля, организационной модели наркологического кластера, утвержденной специальным приказом МЗ РК, а также – за счет активности региональных научных сотрудников, координирующих процессы сбора и обработки первичной информации, инновационного внедрения на местах.

Основные фрагменты комплексного проекта выполнялись штатными научными сотрудниками Центра (23) и прикрепленными соискателями (6), проходившими стажировки по профилю методологии, организации научных исследований, доказательной медицине в крупных научных центрах США и Западной Европы.

Технологическая оснащенность Центра (компьютеризация рабочих мест; наличие внутренней сети, специального компьютерного центра статистико-математической обработки информации, высокотехнологического диагностического оборудования в соответствующих подразделениях) позволяла выполнять сложные исследовательские задачи, предусмотренные в рамках настоящего проекта.

2.10 Приверженность принципам доказательной практики

Структура основных научных отделов РНПЦ МСПН усиливалась специальными службами статистики и патентоведения, экспертной группой по доказательной медицине, группой по менеджменту научных исследований, этическим комитетом, которые в совокупности обеспечивали: строгий контроль над качеством процесса сбора и анализа первичной информации; соблюдение этических принципов; приверженность принципам надлежащей клинической практики и доказательной медицины. В частности, только лишь положительное заключение экспернского совета и этического комитета по каждому реализуемому фрагменту соответствующей научно-технической программы являлось основанием для продолжения исследования.

Заключение

Главные вопросы, которые возникают в связи с использованием термина «социальные эпидемии», следующие:

- имеются ли какие-либо более существенные основания (помимо перечисленных внешних характеристик) для объединения вышеназванных деструктивных процессов в общее явление социальные эпидемии - и какова специфика данного вида эпидемий;
- какие научные дивиденды могут быть получены в результат разработки концепции социальных эпидемий;

- что может выиграть технологическая практика противодействия распространению поименованных деструктивных процессов в целом и по отдельным направлениям в частности
- какой прямой результат по установлению контроля над процессом распространения социальных эпидемий получит общество в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе;
- какой косвенный результат по обеспечению устойчивых и высоких темпов социального развития можно ожидать от институализации предлагаемых способов противодействия распространению социальных эпидемий;
- будут ли эти способы более экологичными, экономичными и эффективными в сравнении с традиционно используемыми или потребуют существенных социальных ограничений и затрат с не-предсказуемым результатом.

Ответы, полученные нами в ходе 10-летней исследовательской работы в сфере общей и специальной эпидемиологии, профилактики, лечения и реабилитации лиц с химической и деструктивной психологической зависимостью, проводимой Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании убеждают в том, что определение «социальные эпидемии» – отнюдь не игра в псевдоубедительные термины и, конечно, не формирование очередной мегаломанической социальной доктрины, но предельно прагматическая, научно обоснованная концепция с отчетливыми перспективами снижения уровня социальной опасности, существующего в обществе.

УДК 616.89

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

А.Л. Катков

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

Введение

Проблема интернет-зависимости (сионим – компьютерная зависимость, интернет-аддикция, виртуальная зависимость) исключительно сложна, многоаспектна и ещё недостаточно изучена, как и проблема технологических зависимостей в целом.

Между тем концептуальные и методологические прорывы здесь особенно необходимы, поскольку именно новые коммуникативные технологии обладают колossalным потенциалом как развития и самореализации, так и мощным деструктивным потенциалом в отношении формирования новых типов зависимостей, а также – сверхбыстрого распространения уже известных социальных эпидемий (Елшанский С.П., 2005; Райхман П.П., 2007).

Определение интернет-зависимости требует чёткого различения её непатологических и патологических форм, поскольку персональный компьютер стал в настоящее время и учебным, и рабочим электронным средством, прочно вошедшим в семейный быт. Взрослый человек и тем более подросток или ребёнок не могут быть исключены из этого средового информационного поля даже при формировании зависимых отклонений.

В данной связи необходимо учитывать, что аддикция (зависимость) начинается там, где возникает замещение удовлетворения реальных потребностей новой сверхценной потребностью в аддиктивном

агенте, то есть в нашем случае – потребностью к доступу в виртуальное пространство, позволяющему в иллюзорно-виртуальном ключе разрешать конфликты, избегать проблем, компенсировать дефицит общения и т.д. (Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В., 2009).

В последние десятилетия отмечается заметный рост выявляемости интернет-зависимости во всех странах мира.

О распространённости интернет-зависимости в пределах от 1% до 5% населения сообщают K.S. Young (1998), M. Griffits (2000). Считается, что данному виду зависимости более подвержены гуманитарии и люди, не имеющие высшего образования, нежели специалисты по компьютерным сетям.

Наиболее уязвимый контингент – старшие школьники, среди которых распространённость признаков, указывающих на возможную интернет-аддикцию в некоторых регионах, составляет до 38% (Kim K., Ryn E., Chon M.Y. et al., 2005).

В связи со всем выше изложенным, в рамках реализации научно-технической программы (НТП) в 2011-2013 гг. Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании разработана комплексная программа первичной профилактики интернет-зависимости среди детей и подростков, содержание которой представлено ниже.

Методология и технологии первичной профилактики

Первично-профилактическая помощь лицам с интернет зависимостью предлагает поэтапное использование следующих технологических блоков:

- специальные диагностические технологии;
- тренинговые технологии;
- практика индивидуального и семейного аддиктологического консультирования;
- технология «FAST – семья и школа вместе»;
- экспресс-психотерапия начальных признаков формирования интернет-зависимости.

При этом на диагностическом этапе:

1) определяются уровни психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, в том числе – интернет-зависимость;

2) дифференцируются основные группы с признаками интернет-аддикции:

– интернет-геймеры, покупатели, сексоголики, которые используют технические возможности компьютера, интернета как средство доступа к основному аддиктивному агенту – азартной игре, шопингу, порнографии и др. (в отношении данной группы проводится весь комплекс первично-профилактических мероприятий, обозначенных в предыдущем пункте);

– интернет-аддикты с формирующимся пристрастием к кибер-отношениям, перегруженностью информацией, кибер-исследованиям, хакерству, созданию вредоносных программ и др.

Ключевым признаком принадлежности ко второй группе формирующихся интернет-аддиктов является использование компьютера и возможностей сети для ухода от реальных проблем и в целях гиперкомпенсации (обычно – в случае непризнания окружающих, низкой самооценки, наличия коммуникативных проблем, физических недостатков и др.);

3) оценивается степень вовлеченности в интернет-зависимость: обычное увлечение с высокой степенью социализации, наличие признаков формирующейся зависимости; выраженные признаки интернет-зависимости.

Целевой группой для технологического блока первично-профилактической помощи, описанном в данном разделе, являются дети и подростки с низким уровнем психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии (в том числе интернет-зависимость), а также вторая группа интернет-аддиктов с начальными признаками вовлечения в зависимость. Лицам с выраженными признаками интернет-зависимости рекомендуется прохождение следующих этапов аддиктологической помощи.

Ниже приводится краткое описание каждой из используемых на данном этапе аддиктологической помощи технологий.

Диагностические технологии

Компьютерная программа по определению уровня психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии (в том числе – игроманию, интернет-зависимость) представляет собой программный продукт, созданный на основе способа (алгоритма) оценки степени устойчивости, и, соответственно, предрасположенности к формированию химической, деструктивной психологической зависимости для школьников в возрасте 9-11 лет, 12-13 лет, подростков от 14 до 18 лет и взрослых людей 19-32 лет.

Данная программа позволяет:

- оперативно определить степень риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии для отдельно обследуемого лица или отдельной группы лиц (ярко выраженный риск; наличие риска; низкий уровень риска);
- с минимальными временными затратами получить развёрнутый отчёт о состоянии психологического здоровья-устойчивости испытуемого лица, а также о наличии в его статусе биологических и социальных предпосылок к вовлечению в химическую, психологическую зависимость;
- тестируя респондента многократно, отслеживая результаты и эффективность профилактических вмешательств в динамике;
- тестируя многочисленные группы людей, анализируя соотношение устойчивости-предрасположенности к вовлечению в социальные эпидемии отдельно взятого класса школы, студенческой группы, всего коллектива учащихся и т.д.

Данная программа снабжена подробными инструкциями на каждом этапе работы, позволяет хранить результаты испытуемых, создавать базы данных, которые могут использоваться с исследовательскими целями. Возможна работа в анонимном режиме с сохранением данных под специальной учетной записью анонимного испытуемого.

С целью дифференциации основных типов интернет-аддикции (интернет-геймеры; интернет-коммуникаторы, потребители информации и др.), а также установления степени вовлечения в интернет-аддикцию второго типа мы рекомендуем диагностический опросник РНПЦ МСПН (авторы А.Л. Катков, Ж.Ш. Аманова, 2011), обозначаемый как «Диагностический опросник интернет-аддикций (ДИА)».

Опросник состоит из двух блоков вопросов, первый из которых определяет основную цель использования технических средств компьютера, интернета (10 вопросов), а второй – уровень вовлечения в интернет-зависимость 2-го типа (5 вопросов). Последний блок вопросов основан на идентификации клинико-психологических признаков вовлечения в интернет-зависимость.

Инструкция по заполнению Опросника

Перед Вами блоки с вариантами утверждений, касающихся Вашего состояния. Пожалуйста, номера утверждений, которые подходят лично Вам, нужно обвести кружочком или на цифре ответа поставить «х».

Помните, что «хороших» или «плохих» ответов нет. Отвечайте, не задумываясь, доверяясь своей первой реакции.

Информация о Ваших ответах полностью конфиденциальна.

Благодарим за сотрудничество!

Первый блок утверждений

Компьютер, Интернет нужны мне, в основном, для того, чтобы:

1. Выполнять учебную программу или рабочие задания;
2. Игратъ в компьютерные (сюжетные) игры;
3. Игратъ в азартные игры (лотерея, кости, карты, спортивные игры через букмекера, тотализатор и др.);
4. Общаться с людьми;
5. Просматривать ассортимент интернет-магазинов, приобретать товары;
6. Смотреть «запретные» картинки, видео;
7. Узнавать новости, общаться с друзьями, находить интересные «приколы»;
8. Для всего вышеперечисленного;
9. Чтобы как-то занять время;
10. Ни для чего не нужны – спокойно обхожусь без этого.

Интерпретация результатов по первому блоку утверждений

Положительные ответы по пунктам 1, 7, 10 указывают на отсутствие интернет-зависимости.

Положительные ответы по пунктам 2 и 3 указывают на возможность формирования патологического пристрастия к азартным играм (интернет-зависимость первого типа) и необходимость дальнейшего клинико-психологического обследования.

Положительный ответ только по пункту 5 указывает на возможность формирования непатологической аддикции к трате денег (шопингу) и не требует каких-либо специальных мероприятий.

Положительный ответ только по пункту 6 указывает на возможность формирования сексуальной аддикции (интернет-зависимость первого типа) и необходимость дальнейшего клинико-психологического обследования.

Положительные ответы по пунктам 4 и 9 могут указывать на формирование интернет-зависимости второго типа. В этом случае испытуемому предлагается ответить на второй блок вопросов.

Второй блок утверждений

В последние 6 месяцев я бы мог/могла отметить у себя следующие из перечисленных признаков:

11. Увеличение времени, проведённого за компьютером, которое не связано с моей работой.
12. Сужение интересов (не касающихся компьютера, интернета), которые раньше мне были свойственны.
13. Ощущение повышение настроения, прилив энергии после включения компьютера и входления в интернет.
14. Быстрое нарастание вялости, сонливости поле завершения работы с компьютером.
15. Постоянная «прокрутка» привычных или новых виртуальных образов, навязчивые мысли о них.
16. Постоянные мысли о компьютерных действиях, навязчивые представления этих действий (иногда – во сне).
17. Сосредоточение всех интересов в сфере компьютера, интернета и другой сетевой активности.
18. Интернет становится основным средством общения.
19. Когда ограничен доступ к компьютеру – не нахожу себе места, чувствуя себя «не в своей тарелке».
20. Время, проведенное за компьютером, проходит очень быстро, могу не заметить, что опоздал (-а) или забыл (-а) сделать то, что было намечено.
21. В последнее время участились головные боли, часто появляется чувство усталости.
22. Чувствую себя хорошо только при общении со «своими» на «своём» языке в интернете.
23. Попытка ограничить мое компьютерное время вызывает у меня раздражение, агрессию.
24. В последнее время о будущем задумываюсь все реже, плохо представляю собственное будущее.
25. Чувствую, что изменился (-ась), стал (-а) другим (-ой), но думать об этом не хочу.

Интерпретация результатов по второму блоку вопросов

За каждый положительный ответ начисляется 1 балл. Таким образом, максимальная сумма баллов – 15.

Общая сумма баллов, набранных по второму блоку вопросов:

- от 0 до 2-х баллов – указывает на отсутствие признаков интернет-зависимости.
- от 3 до 5 баллов – указывает на начальные этапы формирования интернет-зависимости.
- от 6 до 15 баллов – указывает на то, что интернет-зависимость 2-го типа полностью сформирована.

Для испытуемых лиц последней группы рекомендуется прохождение следующих этапов аддиктологической помощи.

С целью уточнения и объективизации интернет-зависимости 2-го типа нами (Катков А.Л., Амано-

ва Ж.Ш., 2011) разработан сборник «Семейной диагностики интернет-аддикции (СДИА)», который предназначен для родителей детей и подростков, обнаруживающих признаки вовлечения в интернет-зависимость.

Опросник основан на идентификации и ранжированной оценке тех отрицательных последствий формирующейся или уже сформированной интернет-зависимости, которые могут быть отмечены родителями или близкими ребенка или подростка (Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В., 2009).

Опросник содержит 22 утверждения, которые оцениваются в баллах. Общая оценка в баллах указывает на степень вовлечения в интернет-зависимость 2-го типа.

Инструкция по заполнению опросника

Перед Вами бланк вариантами утверждений, которые могут характеризовать состояние Вашего ребенка в связи с его увлечением компьютером.

Пожалуйста, номера тех утверждений, которые действительно касаются Вашего сына (дочери), обведите кружком или поставьте на них «х».

Помните, что «хороших» или «плохих» ответов в данном опроснике нет. Главное, чтобы избранные Вами варианты соответствовали характеристикам поведения Вашего ребенка.

Информация о Ваших ответах полностью конфиденциальна.

Благодарим за сотрудничество!

Варианты утверждений

В последние 6 месяцев мой сын (моя дочь) гораздо чаще, чем обычно, жалуется на:

- 1) сухость или боль в глазах.
- 2) головные боли приступообразного характера.
- 3) боли в спине (спина затекла, устала и т.д.).
- 4) отсутствие аппетита.
- 5) расстройство сна (трудности засыпания, непрерывные сновидения, отсутствие свежести по утрам и др.).
- 6) необоснованные перепады в настроении.

В последние 12 месяцев на родительских собраниях в школе (или от педагогов соответствующих учебных заведений) я часто узнаю, что:

- 7) у моего ребенка снизилась успеваемость по месту учебы.
- 8) участились конфликты с учениками.
- 9) испортились отношения даже с теми, с кем раньше дружил (-а).
- 10) участились пропуски занятий, особенно утренних часов.
- 11) ухудшилось внимание, на занятиях появилась неусидчивость.
- 12) часто, в ответ на замечания, проявляет грусть, агрессию.
- 13) единственное, на что он /она обращает внимание – это информатика, компьютеры и всё, что с ними связано.

14) стал каким-то неряшливым, не следит за собой.

15) вышеуказанные признаки не проходят со временем, а наоборот – нарастают.

В последние 12 месяцев мой ребенок:

- 16) гораздо больше времени проводит за компьютером, чем раньше.
- 17) грубит, злится, если предпринимаются попытки ограничить его компьютерное время (или, наоборот, замыкается и уходит в себя).
- 18) его мало что интересует, кроме компьютера.
- 19) часто настолько увлекается компьютером, что забывает поесть, умыться, сделать положенные дела, злится, что напоминаем ему об этом.
- 20) стал говорить на каком-то малопонятном языке, а когда спрашиваем, отвечает, что все так общаются по компьютеру.
- 21) часто заявляет о необходимости переменить место учёбы или вообще перевестись на экстернатное (дистанционное) обучение.
- 22) не любит говорить о будущем, заявляет, что это его не интересует.

Интерпретация результатов

Каждое отмеченное утверждение оценивается в 1 балл. Общее количество баллов подсчитывается после заполнения опросника.

Общая сумма от 0 до 5 баллов (при условии, что не более 1 балла набрано в третьем блоке утверждений с номерами от 16-го до 22-го) свидетельствует об отсутствии признаков интернет-зависимости 2-го типа.

Общая сумма от 6 до 10 баллов (при условии, что не более 2-х баллов набрано в третьем блоке утверждений с номерами от 16-го до 22-го) – свидетельствует о формировании начальных признаков интернет-зависимости.

Общая сумма от 11 до 22 баллов, а также любые варианты при условии набора от 3-х баллов и выше в третьем блоке утверждений с номерами от 16-го до 22-го, свидетельствуют о наличии сформированной интернет-зависимости 2-го типа.

В данном случае родителям рекомендуется показать ребенка специалисту-аддиктологу, с последующим прохождением лечебно-реабилитационного этапа аддиктологической помощи.

Полный цикл диагностики интернет-зависимости, включая интернет-геймерство, наиболее распространённые в подростковой и молодежной среде, дополнительно включает следующие диагностические технологии:

- Шкала ложных пар (Нил и соавт., 2005, в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова)

Настоящая экспресс-методика предназначена для диагностики различий между проблемными и обычными игроками. Шкала состоит только из двух пунктов – вопросов, на которые можно ответить

«Да» или «Нет». Данную методику целесообразно применять для идентификации фокус-группы 3 (составной части общей целевой группы этапа первично-профилактической аддиктологической помощи). Выявленные проблемные игроки проходят дополнительное обследование, и в случае подтверждения диагноза направляются на следующие этапы аддиктологической помощи.

– Восьмипунктный опросник Сэлливана (1999) в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова

Данный инструмент также предназначен для быстрой диагностики проблем, связанных с игрой, если официальный диагноз игровой зависимости не требуется. Опросник позволяет дифференцировать группы нормальных игроков, лиц с начальными признаками игромании и проблемных игроков. Последних рекомендуется переводить на следующий этап аддиктологической помощи.

– Массачусетский опросник увлечения азартными играми (MAGS), разработан Шаффером, Ла Бриером, Скапланом, Каммингсом в 1994 г. Используется в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова, содержит 26 вопросов и 2 шкалы.

Методика позволяет дифференцировать подростковые увлечения азартными играми – 1) непатологические игроки. 2) склонные к зависимости. 3) патологические игроки. Последним рекомендуется прохождение следующего этапа аддиктологической помощи.

– Канадский подростковый опросник (CAGI), разработан в 2005 г. авторами Виби, Уинном, Стингфилдом, Тремблей. Используется в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова.

Методика включает 5 шкал, позволяющих дифференцированно оценить уровни проблемного увлечения азартными играми у подростков. Подросткам с явными признаками патологического пристрастия к азартным играм рекомендуется прохождение следующего этапа аддиктологической помощи.

– Вопросы для подростков (в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова)

Методика предназначена для тех семей, где родители обеспокоены состоянием ребёнка (подростка) в плане его увлечения азартными играми. Подростку предлагается честно ответить на 15 вопросов и далее совместно решить, какие действия необходимы для исправления ситуации. Ответы должны быть честными, искренними, в условиях отсутствия агрессивного давления со стороны родителей.

Методика позволяет дифференцированно оценить уровни увлечения азартными играми у детей старшего возраста и подростков. Проблемным игрокам с явными признаками патологического пристрастия к азартным играм рекомендуется прохождение следующего этапа аддиктологической помощи.

– Вопросы семьи и друзьям игрока (Л. Берман, М.Э. Сигл, 1998, в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова)

Данная методика позволяет определить есть ли в семье проблемный игрок. Методика позволяет в первом приближении дифференцировать уровни вовлечения в игроманию (повышенное увлечение – проблемный игрок). В последнем случае члену семьи с признаками патологического пристрастия к азартным играм рекомендуется прохождение следующих этапов аддиктологической помощи.

– Живёте ли вы с зависимым игроком (модифицированный вариант А.А. Карпова, В.В. Козлова)

Методика содержит 20 вопросов, разработанных Обществом анонимных игроков, и предназначена для обеспокоенных состоянием своих родных и близких членов семьи. В результате существует возможность дифференциированного определения уровней вовлечения в игроманию члена семьи, поведение которого вызывает беспокойство (наличие незначительных проблем, связанных с игрой – пограничное положение между социальным и проблемным игроком – проблемный игрок). В последнем случае рекомендуется обращение к специалисту и прохождение следующих этапов аддиктологической помощи.

С целью получения более объёмной и достоверной информации целесообразно проведение двойного тестирования: испытуемого лица, чьё поведение вызывает беспокойство, и членов его семьи с использованием соответствующих методик. В случае совпадения результатов есть существенно больше оснований для определения принадлежности респондента к одной из фокус-групп, представляющих целевую группу этапа первично-профилактической аддиктологической помощи лицам с выраженным рисками и начальными признаками формирования патологического пристрастия к азартным играм.

Тренинговые технологии

Стратегия использования тренинговых технологий на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи основана на идеологии функциональной концепции психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии (включая интернет-зависимость), а также – на диагностических возможностях компьютерной программы по определению уровней психологического здоровья-устойчивости в 4-х возрастных группах населения. Благодаря этим двум инструментам возможно точное определение дефицитарных мишеней для последующего адресного использования тренинговых технологий. Специальными мишенями применительно к рискам формирования интернет-зависимости 2-го типа является дефицит коммуникативных навыков, базисных свойств доверия, открытости, уверенного поведения.

В связи с этим приоритетными направлениями профилактической тренинговой работы является, во-первых - акцентированное развитие дефицитар-

ных свойств, определяемых в ходе предварительной компьютерной диагностики уровней психологического здоровья-устойчивости в соответствующих возрастных группах, а во-вторых – форсированное развитие коммуникативных навыков, формирование более конструктивных и активных способов социального взаимодействия (копингов), основанных на доверии, открытости, уверенном поведении.

Сотрудниками РНПЦ МСПН (Аманова Ж.Ш., Байкенов Е.Б., Бикетова Л.А., Юсопов О.Г.) была проведена аналитическая и экспериментальная работа по отбору именно тех тренинговых технологий, которые эффективно развивают свойства психологического здоровья-устойчивости в различных возрастных группах. В рамках данного руководства, в силу значительного объема материала, мы сможем лишь обозначить специфику каждой группы рекомендуемых тренингов и указать доступные источники, где данные технологии описаны более подробно.

По общему параметру «Базовые приобретения», в случае выявления дефицитарности, представляющей данный параметр психологических свойств, рекомендуются следующие тренинговые технологии.

Дефицитарность свойств автономности

1. «К чему приведет...» - для детей возраста 9-11 лет. Источник - Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей».

2. «Меняющаяся комната» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для предупреждения вредных привычек у детей».

3. «Я могу» - для детей 9-11 лет. Источник «Практический инструментарий для предупреждения вредных привычек у детей».

4. «Следовать за ведущим» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник».

5. «Я тут живу» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

6. «Полное погружение» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

7. «Я – центр воли» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина-Пых «Возрастные кризы».

8. «Углубленная работа с субличностями» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник».

Дефицитарность свойства открытости

1. «Перевоплощение» - для детей 9-11 лет. Источник – «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».

2. «Прогноз погоды» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».

3. «Знакомство» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

4. «Мнение о другом» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

5. «Чего я боюсь» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

6. «История жизни» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

7. «Как правильно делать комплименты» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

8. «Ваши способности к искренности» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник – Е.В. Сидоренко «Терапия и тренинги по Альфреду Адлеру».

9. «Вы меня узнаёте?» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».

Дефицитарность свойства трудолюбия

1. «Мяч» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».

2. «Деловые качества» - для подростков 14-17 лет. Источник – В. Мирошников, В. Скляренко, Г. Щербак «50 знаменитых бизнесменов».

Дефицитарность свойства ответственности

1. «Король и мера» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек для детей».

2. «Король школы» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

3. «Обратная сторона медали» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

4. «Принимаю ответственность на себя» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

5. «Три фразы» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник».

Дефицитарность свойства инициативы

1. «Работа с иррациональными проекциями» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

2. «Доброе слово» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

3. «Мышеловка» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей».

4. «Имя и движение» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

-
-
- 5. «Хорошо или плохо» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
 - 6. «Толкалки» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
 - 7. «Рукопожатия» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
 - 8. «Приятный разговор» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
 - 9. «Внешние и внутренние мотивы» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

Дефицитарность свойства уверенности

- 1. «Похвалилки» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 2. «Комplименты» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 3. «Узкий мост» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 4. «Горячий стул» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 5. «Проявления гнева» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 6. «Мое поведение» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 7. «Убеждающая речь» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».
- 8. «Заставь его» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».
- 9. «Выход из конфликта» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

По общему параметру «Новообразования возраста», в случае выявления дефицитарности психологических свойств, представляющих данный параметр, рекомендуются следующие тренинговые технологии.

Дефицитарность свойства самоидентификации

- 1. «Нарисуй свой характер» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».
- 2. «Угадай кто?» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».
- 3. «Кто я?» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».
- 4. «Ищу друга» - для детей 12-13 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска».

-
-
- 5. «Личный герб и девиз» - для детей 12-13 лет. Источник – Д.М. Роменди «Тренинг личностного роста». Учебное пособие. – М.: Форум: Инфа-М. 2007.

- 6. «Коллаж о себе» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 7. «Работа с приоритетами – метафорами в группе» - для подростков 14-17 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска».

- 8. «Анализирование» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 9. «Похож, не похож, уникален» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 10. «Психологический магазин» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска».

- 11. «Работа с именем» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска».

- 12. «Кто я такой?» - для молодёжи 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

Дефицитарность свойства сформированного позитивного жизненного сценария

- 1. «Чего вы хотите достичь?» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».

- 2. «Сегодня, завтра и вчера» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».

- 3. «Я в прошлом, Я в будущем» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».

- 4. «Когда я вырасту» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

- 5. «Дотянись до звёзд» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

- 6. «Планирование будущего» - для детей 12-13 лет. Источник – <http://www.azps.ru>.

- 7. «Моё будущее» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 8. «Мой жизненный путь» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

- 9. «Прошлое, настоящее и будущее» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

- 10. «Школьные оценки» - для молодых людей и взрослых 18-32 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

-
-
- 11. «Создание положительных представлений о будущем» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
 - 12. «Письмо из будущего» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник – Е.В. Сидоренко «Терапия и тренинги по Альфреду Адлеру».

Дефицит навыков ответственного выбора

- 1. «Таможенники и контрабандисты» - для детей 9-11 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 2. «Лабиринт» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей».
- 3. «Необитаемый остров» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 4. «Королевство» - для детей 12-13 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска».
- 5. «Линия жизни» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 6. «Фильм о моей жизни» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 7. «Должен или выбираю?» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 8. «Разговор со сменой позиции» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.В. Вачков «Основы технологии группового тренинга».

Дефицит свойства внутреннего локус-контроля

- 1. «Поделись улыбкой» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.
- 2. «Мои достижения» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 3. «Три желания» - для подростков 14-17 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.
- 4. «Обучение основной формуле АВС» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 5. «Создайте эмоцию прямо сейчас» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».
- 6. «Контракт на изменения» (1-7) – для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник».

Дефицит доступа к внутренним ресурсам

Интеллектуальные ресурсы

- 1. «Переправа» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой пси-

хокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

- 2. «Расшифруй» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

- 3. «Два дома» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

- 4. «Рецепт оригинального блюда» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 5. «Невероятная история» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 6. «Структура проблемы» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 7. «Оригинальный продукт» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 8. «Неординарность мышления» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 9. «Формула победы» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

Коммуникативные навыки

- 1. «Испорченный телефон» - для детей 9-11 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

- 2. «Это я! Это моё!» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

- 3. «Заколдованный ребенок» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

- 4. «Катастрофа в пустыне» - для детей 12-13 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска».

- 5. «Интервью» - для детей 12-13 лет. Источник – <http://www.apzs.ru>

- 6. «Познакомимся?» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 7. «Здравствуйте!» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 8. «Стимул» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

- 9. «Изложение просьбы» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

10. «Накопительная информация» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

11. «Закрытая коммуникация» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

Копинг-стратегии

1. «Драка» - для детей 9-11 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

2. «Ролевая гимнастика» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

3. «Четыре характера» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

4. «Сглаживание конфликтов» - для детей 12-13 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

5. «Зеркало» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник».

6. «Контактное взаимодействие» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

7. «Сотрудничество в конфликте» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

8. «Синтез» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

9. «Разрушительные переживания» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

10. «Неприятные последствия» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

11. «Сказка о волшебнике» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

Креативность

1. «Живая шляпа» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей».

2. «Покажи любимое дело» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей».

3. «Оживлялки» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками.

4. «Постановка пьесы» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

5. «Моделирование ситуации» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

6. «Домик» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

7. «Первое впечатление» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

8. «Творческие способности» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

9. «Актёрское мастерство» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

Дефицит информированности

1. «Заговор болезневорцев. Разрушение волшебной страны» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей».

2. «Исцеление короля и восстановление волшебной страны» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей».

3. «Подарки здраволюбцам» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей».

4. «Открытая конференция» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

Технология работы с семьей «Семья и школа вместе» (FAST)

Данная технология является одной из главных универсальных составляющих стандарт первичной профилактики вовлечения детей и подростков в деструктивные социальные эпидемии, рекомендуемых для внедрения в системе среднего образования РК.

Но, кроме того, технология **FAST**, при соответствующей модификации (стандартная программа в этом случае дополняется фрагментами тематического семейного консультирования по вопросам контроля компьютерного времени детей со стороны родителей) является основным компонентом эффективной первичной профилактики интернет-зависимости второго типа, поскольку цели, задачи, принципы и подходы в реализации **FAST** почти идеально соответствуют приоритетным мишеням, имеющим особое значение при формировании интернет-зависимости второго типа.

Программа «**FAST** – семья и школа вместе» представляет собой комплексное высокоструктурированное взаимодействие специалистов – школьных психологов, социальных педагогов, иных специалистов, занимающихся воспитательной работой в учебных заведениях, – с родителями и детьми, обучающимися в данном учебном заведении.

Конечной целью **FAST** является повышение уровня адаптации, социализации и успешности в быту, школе и обществе за счёт реализации основных задач и компонентов программы:

- выстраивания системы запретных факторов для ребенка;
- поддержки родителей и усиления родительской позиции;
- расширения участия родителей в делах школы, укрепления социальных взаимоотношений с другими родителями в школе и учителями;
- снижение риска повседневного стресса для ребенка и семьи;
- снижение риска злоупотребления алкоголем, наркотиками, другими психоактивными веществами;
- снижение риска вовлечения в психологическую зависимость (включая игроманию, интернет-зависимость).

Программа **FAST** была разработана доктором Линн МакДональд, профессором исследований по социальной работе Университета Мидлсекса (Великобритания) на основании социо-экологической теории детского развития.

Программа включает универсальный 8-недельный учебный план для построения отношений между родителями и детьми, родителями и школой, а также между родителями и местным сообществом. После успешного завершения программы родители продолжают встречаться каждый месяц. Это поддерживает достигнутый уровень результатов и способствует дальнейшим позитивным изменениям.

В рамках реализации программы, в ходе еженедельных занятий, дети и родители принимают участие в мероприятиях, разработанных для улучшения результатов по всем направлениям и компонентам программы. Эти мероприятия включают:

- пояснение ролей и обязанностей участников объединённых групп;
- наставничество с использованием специальных таблиц;
- разработка флагов семьи;
- подготовка специального угощения и общения семей в объединённой группе;
- разучивание приветствия **FAST**;
- разучивание специальных имитационных упражнений: «Каракули», «Шарады чувств», «Время с другом», «Родительский час», «Детский час», «Особая игра», «Дождь»;
- семейный ужин;
- семейные игры;
- выслушивание и общение;
- непосредственное общение родителей со своим ребёнком;
- налаживание отношений с другими родителями и обществом.

Программа **FAST** представляет собой всемирно признанную практику с доказательной эффективнос-

тью в отношении достижения заявленных целей. В истории применения данной программы во многих странах (Австрия, Австралия, Великобритания, Германия, Голландия, Канада, Россия, США и др.) наблюдались самые высокие результаты и показатели среди аналогичных программ. Данную программу официально рекомендует UNODC – авторитетное агентство Организации Объединенных Наций – в качестве эффективного средства первичной профилактики распространения химической и психологической зависимости.

В Казахстане внедрение **FAST** было начато в 2010 году в рамках pilotного проекта UNODC в 4-х школах. Оценка промежуточных результатов реализации программы подтвердила её высокую эффективность. В ходе реализации试点ного проекта была подготовлена региональная команда тренеров (6 специалистов), которые могут проводить соответствующие семинары-тренинги для внедрения **FAST** в конкретных образовательных учреждениях.

Технология аддиктологического консультирования

Аддиктологическое консультирование – это специфическая форма психологической помощи, направленной, в данном случае, на снижение рисков формирования интернет-зависимости второго типа (речь идет о рисках почти полного замещения реальной активности ребёнка или подростка на виртуальную активность, зависимость от данной формы коммуникации, существенно искажающей развитие индивида. Данный тип зависимости необходимо различать с типичными признаками формирующейся компьютерной игромании – интернет-зависимости первого типа).

Аддиктологическое консультирование является более дифференциированной технологией психологического воздействия (в сравнении, например, с технологией **FAST**), учитывающей специфику основных мишеней и начальных проявлений компьютерной зависимости.

Основной целевой группой здесь являются дети (старшего школьного возраста), подростки с признаками чрезмерного увлечения компьютерными технологиями, их родители.

Аддиктологическое консультирование может осуществляться специалистом-психологом, врачом-аддиктологом (наркологом), специалистом по социальной работе, прошедшими тематическое усовершенствование, либо специальные курсы по профилю аддиктологического консультирования.

Основные задачи аддиктологического консультирования совпадают с этапами реализации данной технологии:

- на первом (диагностическом) этапе необходимо уточнить характеристики семейной системы – функциональная, дисфункциональная семья, – уточнить специфику дисфункциональных компо-

нентов (правила, роли, иерархия и т.д.). Выяснить форму контроля над поведением ребёнка и ролевые функции родителей в отношении структурирования времени, рода занятий, выполнения домашней работы, учёбы в школе и других форм активности, соответственно, уточнить степень свободы и самоорганизации, которая допускается в семье. Эти сведения лучше собирать отдельно у родителей и детей (для чего иногда необходимо несколько встреч), и уже после того, как установлен хороший терапевтический контакт, как с родителями, так и с детьми. В этом случае диагностические сведения будут существенно более полными и откровенными.

– на *втором (коррекционном) этапе* выясняется характер представлений о зависимом поведении и степени осознания наличия данной проблемы, в первую очередь, у ребёнка (подростка), по поводу которого проявлена озабоченность, но также и у его родителей. Далее, с учётом выявленных особенностей презентации (желательно цитирование конкретных высказываний подростка, его родителей о зависимом поведении и его последствиях), проводится «обогащение», коррекция и формирование оптимальных терапевтических контекстов: подростка информируют о том, что такое зависимость (в частности – интернет-зависимость), чем такое поведение может повредить или даже перечеркнуть будущее человека, каким образом возможно избежать прогрессирующего формирования зависимости, а также о том, как усилить свои характеристики и повысить шансы на успех в реальной жизни. Необходимая информация даётся в доступной форме, возможно более наглядно, в рамках диалога, с подчёркиванием значимости реакций собеседника на сказанное «А что ты сам думаешь по этому поводу?», «А как у тебя с этим?», «А как бы ты решил эту проблему?» и т.д.

Информация для родителей даётся несколько в ином ключе. Здесь важно донести роль отношений в семье и особенно родительско-детских отношений в том, что способствует формированию зависимости (например: формальное, незаинтересованное общение, попустительство или гиперопека, навязывание чужеродных сценариев, неприемлемых для ребёнка, установление правил поведения, которые невозможно соблюдать, двойные сигналы, на которые невозможно ориентироваться, игнорирование принципов организации - самоорганизации и др.), и в том, что отодвигает ребёнка от такого рода рисков. Далее, показать, как могут применяться эти отношения, например, за счёт участия в программе «Семья и школа вместе (FAST)», когда имеет место активное сотрудничество с подготовленными специалистами и реальное пошаговое продвижение к той модели семейных отношений, которая в наибольшей степени способствует преодолению имеющихся проблем, в том числе касающихся признаков появления компьютерной зависимости у детей.

Данный этап полезно завершать констатацией разницы между тем, что родители и их дети знали о проблемах, связанных с формированием компьютерной зависимости, «до» и «после» проведения соответствующего аддиктологического консультирования.

– на *третьем (организационном) этапе*, вначале с родителями, а затем на общей встрече консультанта с родителями и детьми обсуждаются условия семейного договора организации - самоорганизации контроля времени подростка, в том числе и компьютерного времени. При этом оговоренные условия в конечном итоге должны быть приемлемыми и выполнимыми как со стороны родителей, так и со стороны подростка. Эти условия должны включать способы реальной мотивации подростка на выполнение данного договора, а также – способы компенсаторной активности (за счет времени, ранее использовавшегося на интернет-коммуникации), которые по степени интереса не должны уступать компьютерному общению. В ходе обсуждения настоящего договора ребёнок (подросток) должен получить эмоциональный импульс – сигнал того, что начинается новая достаточно интересная жизнь, в которой семейные отношения значительно «потеплели», а степень заинтересованного внимания к нему – существенно увеличилась. Этот договор может быть озвучен устно или подписан на бумаге (по желанию участующих сторон). Однако в любом случае процедура его финального утверждения должна носить оттенок глубины, серьёзности и торжественности. В заключительном обращении консультанта к участникам встречи эти терапевтические моменты могут быть усилены.

Технология экспресс-психотерапии

Экспресс-психотерапия – практика использования достаточно специфических методов и средств профессиональной психотерапии с целью достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов в ограниченные временные периоды (1-3 терапевтические сессии).

Экспресс-психотерапия в технологическом плане – это двухуровневая коммуникация, в ходе которой на поверхностном технологическом уровне реализуются структурированные техники полимодальной психотерапии, а на глубинном – универсальные механизмы терапевтических изменений. Соответственно, важны как осознаваемая активность личности клиента (поверхностный структурно-технологический уровень), так и синергетическая активность внебознательных инстанций, обеспечивающая гиперпластику необходимую для терапевтических изменений (глубинный уровень коммуникаций). Последняя актуализируется за счёт специальных мета-технологий, что требует особой подготовки специалиста-психотерапевта.

Главной задачей экспресс-психотерапии (ЭП) на рассматриваемом этапе аддиктологической помощи является снижение рисков и редукция начальных проявлений зависимости у лиц с признаками формирования интернет-зависимости второго типа. Соответственно, лица с признаками формирования интернет-зависимости второго типа являются основной группой, охватываемой данной технологией.

Методика проведения ЭП с клиентами, у которых имеются начальные признаки вовлечения в компьютерную зависимость 2-го типа, имеет свои особенности, связанные в основном с тем, что существенная часть охватываемого контингента представлена детьми старшего школьного возраста и подростками, т.е. лицами с незрелой психикой. Отсюда - необходимость интенсивной терапевтической работы с двумя типами мишени: универсальными (актуализация потенциала и свойств психологического здоровья-устойчивости) и актуальными (формирование устойчивой мотивации на отказ от зависимого поведения, проработка и закрепление альтернативных жизненных сценариев, решение актуальных проблем, связанных с реализацией последних). Имеет значение и то, что у клиентов с начальными признаками формирования компьютерной зависимости, как правило, отсутствуют очевидно вредные последствия такого рода зависимости (например, в виде признаков психического, соматического неблагополучия, тяжёлых проблем в школе, семье, социального аута и др.). Данное обстоятельство, с одной стороны - существенно осложняет процесс психотерапии в силу неосознанности, «непережитости» контраргументов того, почему всё же не стоит продолжать сверхинтенсивную работу с компьютером, которая оборачивается существенными потерями здоровья и социальными потерями. В тоже время можно отметить и позитивный момент – несформированность или неполная сформированность биологического механизма патологического влечения – основного рычага, возвращающего клиента к привычному способу патологической адаптации. В связи со всем изложенным, основная идея ЭП, проводимой с данным контингентом, заключается в «достраивании» и актуализации тех личностных свойств, которые способствуют осознанному выбору в критической ситуации, разворачивающим панораму и «проживание» неизбежных вредных последствий в случае продолжения практики зависимого поведения, драматическом проживании конфликта, терапевтической конфронтации между позитивным сценарием и его ценностями - с одной стороны, и сценарием развития компьютерной зависимости – с другой, с последующей дезактуализацией и удалением деструктивного сценария из осознаваемых и неосознаваемых горизонтов психики клиента. Попутно, как уже говорилось, должны быть решены проблемы формирования конструктивных копингов и ре-

урсной мета-позиции в сфере взаимодействия с основными агентами события.

Основные этапы и технологические блоки экспресс-психотерапии, проводимой с профильными клиентами, следующие.

На первом этапе устанавливается доверительный контакт, формируются терапевтические отношения. За счёт использования мета-технологий ЭП актуализируется глубинный уровень терапевтической коммуникации, формируется «пространство психотерапии» с полным набором гиперпластических характеристик клиента.

На втором этапе проводится диссоциация личностных статусов клиента, актуализируется и подкрепляется «сильное Я» клиента, ориентированное на достижение долгосрочных результатов и на сущностное решение проблем. С этой целью используют такие структурированные техники полимодальной ЭП, как «матрёшка» - ролевое разыгрывание сценария видеоклипа с последовательно меняющимися образами клиента: 1) родители хотят видеть меня..., 2) учителя хотят видеть меня..., 3) друзья хотят видеть меня..., 4) компьютер хочет видеть меня... (здесь возможна эксплуатация образа клиента в виде приставки к компьютеру, т.е. зависимого, управляемого человека), 5) а на самом деле я... (здесь важно сформировать образ самодостаточного, устремлённого в будущее человека, знающего, чего он хочет в жизни, и умеющего достигать своих целей, образ должен быть достаточно ярким рельефным, запоминающимся). В ходе реализации данной техники клиент последовательно выступает в роли режиссёра, сценариста, актёра. Таким образом, с разных позиций формируется образ Себя - ресурсного, который существенно отличается от навязанных сценарных ролей и может противостоять формированию зависимости. Продолжением данной техники может стать разыгрывание диалога между сильным ресурсным «Я» клиента и его слабым зависимым «Я» с моментами терапевтической конфронтации, выяснением сфер компетенции, ответственности и подчинения. Однако такого рода конфронтация полезна только при готовности клиента к развороту события в этом направлении. При отсутствии признаков заинтересованности лучше переходить к следующему этапу.

На третьем этапе формируется (актуализируется) конструктивный жизненный сценарий. С этой целью клиенту предлагается выстроить линию собственной жизни от прошлого (здесь клиенту предлагается вспомнить свои детские мечты и представления о будущем) к будущему, выстроить картину этого будущего: кто он, чего достиг, кто рядом с ним, в каких он отношениях с этим окружением, что чувствует, кого хочет поблагодарить за достигнутый результат. При выстраивании этой композиции важно не торопить клиента, дать ему возможность прощувствовать свою будущую роль, оценить её пре-

имущества, сформировать внутреннюю мотивацию к достижению планируемого статуса. Далее рекомендуется несколько раз пропутешествовать вдоль линии жизни и неспешно в темпе, который удобен клиенту, рассказать о тех событиях, которые, по его мнению, будут продвигать его к желаемому результату. Терапевт должен ненавязчиво сопровождать клиента в этом «путешествии», помогать преодолевать возможные заминки, вроде «Я же не знаю, что со мной может случиться...» и т.д., фразами: «Сейчас это неважно, ты только попробуй и посмотри что получится...», «Давай пофантазируем, хуже от этого не будет, это так замечательно – фантазировать о своём будущем, когда у тебя много времени впереди...». При этом у клиента снижается стартовый порог нерешительности, ответственности, с одновременным повышением мотивации к достижению результата. Таким образом, в ходе прохождения линии жизни формируется позитивный сценарий с выстраиванием реальных событий и повышением мотивации к реализации данного сценария. Упражнение заканчивается тем, что клиенту предлагается подумать о препятствиях, которые могут помешать реализации этого сценария. Например, его чрезмерное увлечение компьютерными технологиями и всё более увеличивающийся отрыв от реальной жизни, трудности общения со сверстниками, неверие в себя, низкая самооценка и пр. Клиент должен сам сформулировать эти препятствия, а терапевт – подчеркнуть важность решений, которые могут быть приняты клиентом здесь и сейчас в отношении этих возможных препятствий, и конкретно – в отношении чрезмерного увлечения компьютерными технологиями. Как правило, при обсуждении данной темы у клиента появляются дополнительные вопросы о возможных последствиях компьютерной зависимости. Или же терапевт может ненавязчиво предложить обсудить эти вопросы в игровой интересной форме. В этом случае с клиентом разыгрываются две вспомогательные техники: «Лестница потерь» с демонстрацией всех возможных последствий вовлечения в социальную эпидемию компьютерной зависимости, а также «Два магазина» – с иллюстрацией того очевидного факта, что на самом деле за компьютерное время чем дальше, тем больше приходится платить и не только деньгами; в тоже время в «другом магазине», где можно приобрести реальные жизненные ценности, стоимость таких приобретений, особенно в начале, может показаться высокой (в смысле времени, необходимом для реального общения, учёбы, взаимодействия со сверстниками, спорта и др.), но в последующем это затраченное время вернёт клиенту много больше – успех, реализацию значимых жизненных планов, достижение того места в жизни, о котором мечтал. То есть в первом «магазине» ведётся нечестная «торговля» во вред клиенту, а во втором – честная, на пользу клиенту.

На четвёртом этапе клиенту предлагается прорепетировать, прочувствовать те последствия, к которым могут приводить его решения в отношении отказа от зависимого поведения или, наоборот, повторствования компьютерной зависимости. С этой целью проводится техника «Витязь на распутье». Клиенту предлагается обозначить два возможных маршрута – сценария отказа от зависимого поведения и ограничения компьютерного времени, а также – сценария повторствования формирующемуся влечению с увеличением компьютерного времени. Желательно (в случае, если клиент праворукий – правша), чтобы линия первого сценария была направлена вправо, в светлую часть комнаты, а вторая линия – влево – в тёмную часть комнаты. Терапевт стимулирует данное построение неверbalными подсказками. Далее с помощью стульев размечаются временные вехи соответствующих сценариев – 0,5 года, 1 год, 3 года, 5 лет. Клиенту объясняют сюжет сказочной картины «Витязь на распутье», обозначают камень (стул), где имеется надпись «Пойдёшь налево – найдёшь..., пойдёшь направо – найдёш...». При этом скрыто эксплуатируется сценарий того, что поход налево (так часто бывает и в сказках, и в жизни) оборачивается серьёзными неприятностями, и чаще всего древние витязи погибали именно на этом направлении. Но в данном случае клиенту ничего не угрожает – в этом путешествии он может хорошо и отчётливо прочувствовать разницу своего собственного физического, эмоционального состояния при прохождении этих временных сценариев. Далее клиенту в той очерёдности и в том темпе, которые представляются ему приемлемыми, предлагают двигаться в избранном направлении, оставаясь в тех временных вехах, которые были обозначены ранее – 0,5 года, 1 год, 3 года, 5 лет. При этом клиенту предлагают усаживаться на стул, если он хочет – закрыть глаза и проанализировать свои ощущения, проговорив это вслух. После каждой такой остановки путешествие возобновляется, пока клиент не достигнет конечной точки – 5 лет. После чего необходимо вернуться в исходную точку и продолжить путешествие в другом направлении. Обычно разница в фиксируемом по обозначенным временными вехам состоянии нарастает по мере продвижения к конечной точке, в которой она достигает максимума. В случае если все предыдущие этапы технологии ЭП были реализованы правильно, то существенно более комфортное состояние фиксируется клиентом в конечной точке сценария – отказа от зависимого поведения. Этот момент используется для укрепления последнего сценария и повышения мотивации на принятие решения в его пользу, что и предлагается сделать клиенту в завершение данного технического блока.

На пятом этапе клиенту предлагается вернуться на «клинику жизни», сконструированную на третьем этапе ЭП, в пиковую точку, когда исполнились все

его планы в отношении профессиональной карьеры, личной жизни и др. Нелишним здесь будет ещё одно прохождение вдоль линии жизни и проговаривании основных событий, планируемых в будущем. В тоже время здесь обозначаются и те препятствия, которые необходимо преодолеть (эти участки можно обозначить стульями). При выстраивании этих «пунктов» терапевт спрашивает клиента о том, как можно было бы решить эти проблемы наилучшим образом, отсылая, тем самым, решение проблемы в будущее (при этом снимается груз ответственности и пороговое напряжение). Попутно выясняется стойкость решения в отношении зависимого поведения, принятого на предыдущем этапе. При достижении пиковой точки и актуализации ресурсных ощущений, свойственных человеку, достигнувшему серьёзных успехов, клиенту предлагается посмотреть на пройденный путь и вспомнить, как он решил все те проблемы, которые были обозначены соответствующими вехами (тем самым отсылая решение обозначенных проблем в прошлое). Находясь в ресурсном состоянии, клиент обычно с легкостью проговаривает варианты решения всего того, что ранее представлялось как проблемы и сложности, «а сейчас ничего этого будто и нет». Такие формулировки указывают на то, что сценарий преодоления имеющихся сложностей уже полностью усвоен, и последние из разряда «проблем» перешли в разряд «обычных жизненных обстоятельств», которые можно решать, не откладывая на потом.

На шестом этапе клиенту предлагают в этом обновленном поле настоящей и будущей жизни (при этом может эксплуатироваться вся площадь кабинета или тренингового зала, где проходит сеанс психотерапии) выстроить всех значимых агентов, с которыми ему приходится общаться в настоящем и придётся устанавливать отношения в будущем, – я сам, родные, друзья, соученики, сослуживцы, другие, весь мир вообще. Далее реализуется техника «Ресурсные поля». Её суть сводится к тому, что клиенту наглядно демонстрируют, а потом он и сам проигрывает варианты коммуникации и установления отношений с каждым из поименованных агентов. При этом основной урок заключается в том, что человек как и весь мир не плох или хорош – он поворачивается к тебе той стороной, которую ты сам актуализируешь своими действиями и сигналами – агрессивными, конфронтационными или, наоборот, доброжелательными, направленными на установление сотрудничества и ровных, спокойных отношений. В ходе кругового общения со всеми основными персонажами клиент учится новым способам коммуникации и тут же получает обратную связь – позитивное подкрепление от задействованных участников. В завершение данного технического блока терапевт обращает внимание клиента на то, что всё поле настоящей и будущей жизни клиента может выглядеть как одно большое ресурсное

поле, где можно чувствовать себя как в большом доме – хорошо и спокойно. При этом важно помнить о главном секрете – как сделать так, чтобы развернуть мир и его обитателей своей светлой стороной.

На седьмом этапе клиенту предлагается вернуться в точку настоящего, чтобы ещё раз оценить произошедшие с ним изменения и пережить конfrontацию между прежним способом движения по жизни и теми знаниями и умениями, которые он приобрёл в ходе терапевтической сессии (или двух - трёх сессий). С этой целью используется техника «Ресурсный разворот». В её первой части клиенту предлагается не «пятиться» по линии жизни, глядя всё время в то место, где раньше светил компьютерный экран и его тянуло в ту сторону. При этом за спиной клиента выстраивают препятствия из стульев, на которые он постоянно натыкается (психотерапевт следит за тем, чтобы клиент не получил травму). Постоянно усиливается чувство дискомфорта и даже агрессии клиента, не желающего рисковать и получать ушибы. На пике неприятных переживаний клиента драматическим образом разворачивают лицом в будущее (желательно, чтобы в перспективе было светлое окно), и при позитивном подкреплении терапевта и других участников процесса клиент теперь уже с лёгкостью и комфортом двигается по линии жизни, недоумевая, почему же этого не случилось раньше. При этом терапевт усиливает конфронтацию и отрицание прошлого, опасного способа передвижения, постоянно сопоставляя его с зависимым поведением. Формулы подкрепления следующие: «Но теперь это в прошлом... все что мешало, уже ушло и растворилось без следа... теперь ясно и понятно, как двигаться дальше». В завершение данной техники клиенту предлагают в спокойном режиме расписать все необходимые мероприятия, способствующие его успеху на этом пути, на ближайшие месяцы, а также определить время, которое он в течение каждого дня будет затрачивать на важные дела и какое время будет затрачено на работу с компьютером без ущерба для него самого.

Хорошим непосредственным результатом считается резкое ограничение компьютерного времени, фиксируемое в соответствующих планах, с неверbalными проявлениями, сигнализирующими о спокойствии и достаточно комфортном состоянии у клиента, а также – появление новых пунктов в каждодневном расписании, несвязанных с интернет-деятельностью.

В долгосрочной перспективе удовлетворительным результатом считается выдерживание данного графика с постоянным наращиванием активности по другим направлениям конструктивной деятельности клиента.

Заключение

В ходе апробации вышеупомянутых профилактических технологий сотрудниками РНПЦ МСПН в

рамках НТП 2011-2013 г.г. была выявлена их высокая надёжность и эффективность.

Полученные нами предварительные результаты позволили разработать соответствующий блок стандарта профилактики социальных эпидемий в учреж-

дениях среднего образования, рекомендованного к использованию в системе образования РК.

Внедрение данного стандарта позволит существенно повысить эффективность первичной профилактики интернет-зависимости среди детей и подростков.

Список литературы:

1. Вачков, И.В. Основы группового тренинга. Психотехники. – М.: Ось-89, 2007. – 255 с.
2. Гусева, Н.А. Тренинг предупреждения вредных привычек у детей. – СПб.: Речь, 2003. – 253 с.
3. Елишанский, С.П. Проблема социокультурной детерминации психической патологии: патологическая зависимость от нехимических агентов. // Ж. «Вопросы наркологии». - № 2. - 2005. - С.59-62.
4. Малкина – Пых, И.Г. Возрастные кризисы / справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2004. – 894 с.
5. Малкина - Пых, И.Г. Психосоматика. Новейший справочник. – М.: Эксмо, СПб.: Сова, 2003. – 926 с.
6. Миронников, В., Склренко, В., Щербак, Г. 50 знаменитых бизнесменов. – Харьков: Фолно, 2003.
7. Пережогин, Л.О., Вострокнутов, Н.В. Нехимическая зависимость в детской психиатрической практике //Российский психиатрический журнал.- №4.- 2009.- С.86-91.
8. Петрова, Е. Избранные упражнения для работы в группах риска. – СПб, 2000.
9. Райхман, И.П. Психологические особенности игровой активности в интернете: позитивные и негативные факторы влияния. //Ж. «Наркология». - №11.- 2007.- С.42-49.
10. Ромендик, Д.М. Тренинг личностного роста / учебное пособие. – М.: Форум, Инфа-М, 2007.
11. Шапарь, В.Б., Куфлиевский, А.С., Назаров, О.А., Лебедева, С.Ю. Тренинг ведущих видов деятельности личности. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 365 с.
12. Griffits, M.D. Internet addiction – time to be taken seriously? //Addiction Research.Oct.V.8.-N5.-2000.
13. Kim, K., Ryn, G., Chon, M.Y., Yeun, G.I., Choi, S.Y., Seo, Y.S., Nam, B.W. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: Agnestionnaire survey// International Jornal of Narsing Studies, Article in Press,2005.
14. Young, K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorders // CyberPsychology and Behavior.-V.1.-1998.

УДК 616.89:316.6

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ В СВЕТЕ КОНЦЕПЦИИ МУТАГЕННЫХ ЦИВИЛИЗАЦИОННЫХ ФАКТОВ И СИНЭРГЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

А.Л. Катков

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

Введение

В ходе реализации комплексного исследовательского проекта по изучению феномена социальных эпидемий (2002-2012 гг.) нами были разработаны основные теоретические блоки объясняющей научной системы, включающие концепцию мутагенных цивилизационных факторов; концепцию универсальных факторов риска-устойчивости; были обоснованы научные подходы, адекватно презентирующие сложные процессы социальных эпидемий.

Следующий шаг реализации данного проекта и был связан с обоснованием механизмов эффектив-

ного противодействия рассматриваемому эпидемическому процессу.

При этом нами учитывались вышеназванные концепции мутагенных цивилизационных факторов и универсальных факторов риска-устойчивости.

1. Основной механизм эффективного блокирования процесса распространения социальных эпидемий должен базироваться на возможностях актуализации потенциально-позитивных векторов воздействия мутагенных цивилизационных факторов, которые должны доминировать в конкуренции с негативными векторами воздействия, разгоняющими эпидемический процесс.

При этом сам по себе потенциал позитивного воздействия мутагенных факторов не должен пониматься упрощенно, в духе замены минуса на плюс. Так, например, сфера криминального бизнеса по производству и сбыту нелегальных наркотиков в однотипии не изменит профиль своей основной деятельности. Ключевой позицией здесь является спрос на способы быстрого удовлетворения ресурсного запроса. Экологически выверенные способы удовлетворения такого запроса будут способствовать стагнации теневого рынка нелегальных наркотиков.

Далее, следует иметь в виду абсолютно реальный сценарий организации локальных квазистабильных структур по каждому идентифицированному мутагенному фактору, синергетический эффект взаимодействия которых должен привести к актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия основного цивилизационного мета-фактора.

Последовательность рассмотрения такого рода локальных структур, соответствующих определенным мутагенным факторам, также должна быть изменена ввиду возможности их кластерной организации в структуры следующего уровня:

1) Первая по значимости локальная структура соответствует мутагенному фактору используемых медицинских подходов и технологий. В соответствии с разработанными нами теоретическими положениями потенциально-позитивная функция данного мутагенного фактора должна заключаться в возможности форсированного развития свойств индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному воздействию среды. Что, в свою очередь, будет сокращать дистанцию между реальным и требуемым уровнями адаптации, блокировать процессы генерации ресурсного запроса у все более увеличивающегося сектора населения. Т.е. по всем вышеуказанным функциональным характеристикам данный потенциально-позитивный вектор воздействия будет находиться в конкурентных отношениях с не прогнозируемым негативным вектором воздействия рассматриваемого мутагенного фактора.

Изменение вектора функциональной активности обсуждаемой локальной структуры, в сущности, означает радикальную смену главного идеологического тезиса, доминирующего в сфере здравоохранения – акцента на протезирование функций утрачиваемых компонентов здоровья. Конкурентная идеология делает акцент на форсированное развитие имеющегося потенциала здоровья, идентифицируя и аргументируя соответствующие приоритеты в общей структуре данной сложной категории.

Далее, должны измениться и другие системные характеристики рассматриваемой локальной структуры:

– основная задача должна сводиться не к охране (ретроспективные доктринальные подходы), а к развитию высоких уровней индивидуального и социального здоровья, обеспечивающих устойчивость

к агрессивному влиянию среды (проспективные доктринальные подходы);

– соответственно, должно быть пересмотрено определение категорий здоровья, понимаемого как способность, потенциал, который следует развивать;

– должны быть определены приоритетные характеристики индивидуального и социального здоровья, имеющие непосредственное отношение к процессу эффективной самоорганизации;

– доминирующий биопсихосоциальный подход должен быть дополнен функциональным подходом, акцентирующим внимание на самоорганизующую активность человека и общества, и являющимся основным инструментом реализации обновленной доктрины;

– должны получить импульс и соответствующее направление развития такие особо важные, в нашем случае, прикладные дисциплины, как психотерапия, практическая психология, основной предмет которых в наибольшей степени соотносится с процессами эффективной самоорганизации; при этом в русле данных дисциплин должны быть разработаны: техники эффективной экспресс-помощи лицам с признаками адаптационного напряжения, проявлениями синдрома деморализации, сформированным или еще только формирующимся ресурсным запросом; технологии форсированного развития психологической устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии; такого рода технологии по своей основной сути должны быть контролирующимися, а контролирующая идеология должна стать основным этическим стержнем данных дисциплин; должны быть получены убедительные свидетельства эффективности разработанных технологий экспресс-помощи и форсированного развития высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости, оформленные в духе доказательной практики; далее разработанный технологический контент должен быть транслирован в такие дисциплины, как наркология и аддиктология, а также во все кластерные структуры, представляющие мета-модель социальной психотерапии.

2) Вторая по значимости и порядку локальная структура соответствует мутагенному фактору активности специфических групп и группировок, формирующих теневой рынок адаптогенов быстрого действия.

Потенциально-позитивная функция данного мутагенного фактора, как уже было сказано, должна «контролироваться» не от самого по себе факта наличия такого теневого рынка, а от специфики имеющегося ресурсного запроса у существенной части населения.

В данной связи прямую конкуренцию патологическим адаптогенам быстрого действия должны составлять технологии экспресс-психотерапии и консультирования, способные при минимальных временных затратах сформировать у клиента первич-

ное, а затем устойчивое ресурсное состояние. Что, в свою очередь, предполагает интенсивное развитие специальных разделов таких дисциплин, как психотерапия и практическая психология (см. предыдущий пункт), а также – возможность реализации масштабных скрининговых программ в организованных группах населения с целью выявления лиц, нуждающихся в такого рода помощи (например, среди учащейся молодежи), возможность охвата существенной части населения специализированной высокопрофессиональной помощью. Что, собственно, и предусматривается в мета-модели социальной психотерапии (более подробные характеристики данной модели см. в следующем разделе).

Таким образом мета-модель социальной психотерапии, эффективно удовлетворяющая ресурсный запрос и блокирующая специфическое поисковое поведение у наиболее проблемной части населения, является прямым и успешным (в смысле стоимости, среднесрочных и долгосрочных эффектов) конкурентом теневых структур, производящих и распространяющих патологические адаптогены быстрого действия.

3) Функциональная структура следующего порядка, которая формируется в результате взаимодействия локальных структур 1-2, должна быть представлена беспрецедентным по своему объему (т.е. характеристикам капиталоемкости, охвата населения) социально-ориентированным рынком здоровья.

Основные характеристики данной структуры следующие:

- само по себе обозначение «социально-ориентированный рынок здоровья» показывает, во-первых, общую нацеленность данной структуры на решение наиболее острых проблем социального развития, в частности, на адекватное решение задач по установлению действенного контроля в сфере распространения социальных эпидемий, а во-вторых, на существенно обновленный уклад экономических отношений в рассматриваемой сфере;

- суть обновленных экономических отношений заключается в том, что стоимостные значения приобретают все идентифицированные компоненты сложной категории здоровья, т.е. его количественные, качественные характеристики, в том числе и такие, как устойчивость к агрессивному воздействию среды; в данной связи концепция определения стоимостных значений услуг, оказываемых в рассматриваемом рыночном секторе, должна радикально измениться: т.е. стоимостные значения каждой профильной услуги, помимо манипуляционной составляющей, оцениваемой прямыми затратами на ее реализацию, должны иметь основную составляющую, определяемую количественными и качественными компонентами восстанавливаемого или дополнительно развивающегося уровня здоровья; за счет эффективной реализации данной стоимостной концепции получит реальный экономический

смысл процесс изменения основного вектора деятельности системы охраны и развития здоровья – от нозоцентрического (т.е. ориентированного на болезнь) к саноцентрическому (ориентированному на здоровье); далее, основная схема финансирования производства такого рода услуг должна предусматривать: 1) компенсацию прямых затрат и оговоренную часть выплатного бонуса от стоимости восстановленного объема и повышения качества здоровья той организации, где данная услуга реализована; 2) оговоренную часть выплатного бонуса от стоимости восстановленного объема и повышения качества здоровья тому научному учреждению и конкретному сотруднику, разработавшему и внедрившему соответствующую технологию; 3) оговоренную часть выплатного бонуса от стоимости восстановленного объема и повышения качества здоровья образовательному учреждению, осуществлявшему соответствующую подготовку персонала; кроме того, должно быть принято правило по введению временных ограничений действия выплатных бонусов – до 5 лет от момента внедрения конкретной технологии; за счет внедрения данной схемы финансирования и ограничительных правил будет стимулироваться соответствующий научный поиск и разработка именно таких технологий развития индивидуального и социального здоровья, которые минимальны по своим прямым затратам и максимальны по стоимостным значениям выплатных бонусов, т.е. не «протезирующие» утрачиваемые функции, а развивающие высокие уровни здоровья-устойчивости к агрессивному влиянию среды;

- в новых экономических условиях система охраны и развития здоровья, соответственно, будет представлена не только сравнительно узким сектором медицинских учреждений, но и гораздо более обширным социально-гуманитарным сектором с возможностью масштабного инновационного внедрения и охвата нуждающейся части населения наиболее эффективными видами помощи; в этих условиях ресурсный запрос существенной части населения не отдается на откуп теневым структурам сомнительного свойства, а напротив, ставится во главу обновленного доктринального подхода;

- в связи со всем сказанным, особенно важными представляются вопросы экономической экспертизы по определению стоимостных значений дифференцируемых компонентов индивидуального и социального здоровья, определению объемов выплатных бонусов по реализации конкретных видов помощи, экспертизы доказательной эффективности технологий, используемых в рассматриваемой сфере; обозначенные виды экспертной деятельности, объединяемые под общим термином «научно-экономическая экспертиза», должны стать одним из приоритетных направлений активности научных институтов, действующих в обновленной структуре социально-ориентированного рынка здоровья;

– основным агентом, стимулирующим развитие данной структуры, и заказчиком наиболее востребованных видов помощи, включая масштабное использование технологий форсированного развития индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды, должно быть государство, т.е. суперструктура более высокого уровня, олицетворяющая властные функции и ответственная за сохранение и развитие несущих параметров порядка, стабилизирующих общество; активное участие данной суперструктуры в формировании и регулировании социально-ориентированного рынка здоровья обуславливается двумя главными мотивами: 1) возможность эффективного блокирования процесса стагнации функций власти во все более расширяющемся секторе социума; сохранение данного важнейшего параметра порядка – инструмента социального развития в его полном объеме; 2) очевидная выгода прямых и косвенных инвестиций в развивающий сектор здоровья, оборачивающихся существенным экономическим ростом и дивидендами в смысле более высоких темпов социального развития, и способствующих стагнации полулегальных и нелегальных структур.

Социально-ориентированный рынок здоровья, в связи со всем сказанным, является прямым и успешным конкурентом теневого рынка патогенных средств быстрого ресурсного доступа с одной стороны, и эффективной альтернативой существующей модели здравоохранения – с другой.

4) Следующие локальные структуры соответствуют мутагенным технологическим факторам 3, 4 (манипулятивные технологии и информационные сети). Второй технологический фактор в данной схеме выполняет подчиненную роль, поэтому мы будем рассматривать потенциально-позитивный вектор воздействия данного мутагенного фактора в общем функциональном поле кластерной структуры следующего порядка.

Потенциально-позитивный вектор психотехнологического мутагенного фактора, многократно усиливаемый за счет возможности использования сетевого пространства, выводится не только из общепринятого обозначения – контрманипулятивные технологии. Подобная интерпретация была бы поверхностной и не отражающей сути разрабатываемого доктринального подхода. В нашем случае речь идет о формировании высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному воздействию среды за счет использования продуманной информационной стратегии, включающей, в том числе, и контрманипулятивные технологии (например, технологию «информационной прививки», дезавуирующей внешне привлекательный сценарий потребления патологических адаптогенов быстрого действия).

Кроме того, следует учитывать тот факт, что в обновленной доктрине противодействия процессу

распространения социальных эпидемий, устойчивость к манипулятивному воздействию, понимается как наиболее существенная характеристика такой во всех отношениях значимой категории, как свобода. В отсутствие высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к манипулятивному прессингу, данный важнейший инструмент социального развития превращается в блеф или пропагандистский лозунг.

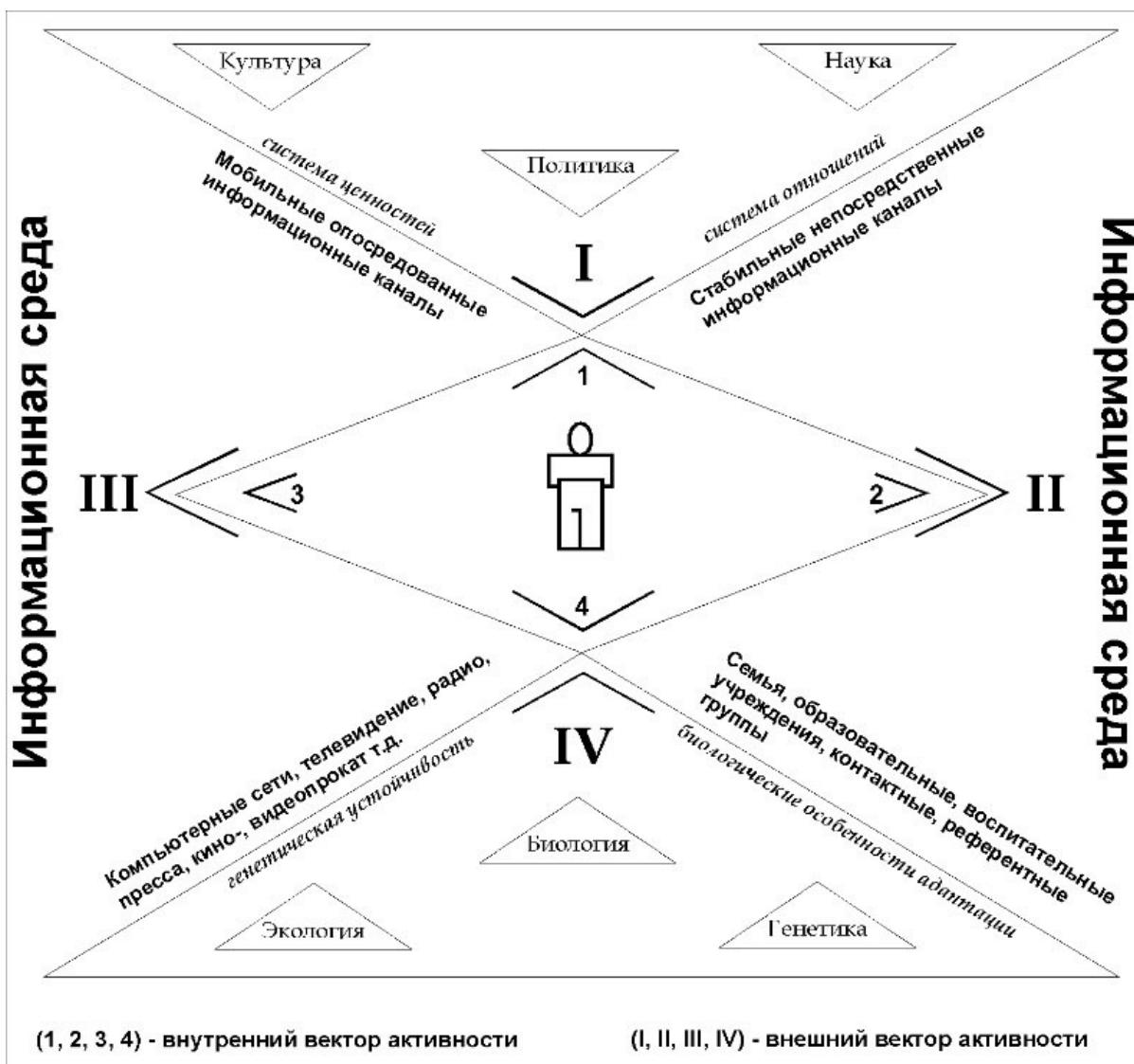
Далее следует иметь в виду, что устойчивость к агрессивным манипуляционным воздействиям – это одна из существенных характеристик функции более высокого уровня – индивидуальной и социальной самоорганизации. И что самоорганизующая активность субъекта и общества в конечном итоге будет способствовать снижению степени агрессивности экологической, биологической и информационной среды. Т.е. катастрофическая дистанция между требуемым и реально существующим уровнями адаптации будет прогрессивно уменьшаться. Что, собственно, и означает полноценное становление нового параметра порядка, регулирующего жизнеспособность в системе человек-общество-среда.

На схеме 1 представлен общий алгоритм актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия рассматриваемой локальной структуры, объединяющий анализируемые мутагенные факторы.

В данной схеме человек представлен не только как объект воздействия информационных потоков на протяжении всей жизни (стереотип ретроспективного биopsихосоциального подхода), но и как субъект, активно формирующий данные информационные потоки и стимулы для собственного развития (идеология обновленного доктринального подхода). Характер и направление такого взаимодействия, за счет самоорганизующей активности человека и общества, смещается от негативного вектора, т.е. тенденцией к общему снижению адаптационных ресурсов и повышению степени агрессивности среды, к позитивному вектору – тенденциям к повышению уровней адаптации и снижению степени агрессивности среды.

На схеме 1 внешний вектор активности (ретроспективная мета-позиция: человек- продукт воздействия среды) обозначен римскими цифрами I, II, III, IV и представлен верхним и нижним средовыми потоками с тремя основными блоками содержания каждого из них. Верхний поток (I), формирующий собственно информационную среду, представлен блоками научно-образовательной, культурной и политической активности, находящихся в сложной взаимосвязи и обеспечивающих формирование идеоматического пространства – системы ценностей, основных поведенческих установок, отношений между различными группами населения в обществе и др. Нижний поток (IV), формирующий экологическую и биологическую среду, также представлен тремя блоками, находящимися в тесной взаимоза-

Актуальный алгоритм взаимодействия в системе человек – общество – среда



вистости – экологическим, биологическим, генетическим. В данной схеме нижний поток, в условиях замены фундаментальных параметров порядка, обеспечивающих выживание и адаптацию гуманитарной популяции, подчинен верхнему.

Верхний поток, образующий информационную среду, оказывает воздействие на человека через многочисленные информационные каналы. В достаточной степени условно мы выделяем две разновидности каналов: мобильные опосредованные (II) – компьютерные сети, телевидение, радио, пресса, связанные, в основном, с конъюнктурой деятельности агентов общего информационного рынка; и стабильные, непосредственные (III) – семья, учреждения образования, воспитания, контактные, референтные и др. группы.

Первая группа информационных каналов удовлетворяет, в основном, актуальные информационные запросы, способна достаточно быстро менять ориентацию и направленность в зависимости от конъ-

юнктуры. Вторая группа – более стабильна, предполагает непосредственное межличностное общение, удовлетворяет информационные запросы глубинного содержания, имеющие отношение к формированию жизненных ориентиров и ценностей.

Внутренний вектор активности (проспективная мета-позиция, актуализирующая потенциально-позитивный вектор влияния рассматриваемых мутагенных факторов: человек – начало всех вещей) обозначен углами центрального ромба, заостренными в направлении основных потоков и каналов информации (арабские цифры 1, 2, 3, 4).

Общая стратегия преодоления негативного вектора воздействия анализируемых мутагенных факторов и выигрыша в конкурентной борьбе предполагает, по крайней мере, три больших этапа реализации данной стратегии. Первый этап связан с активизацией внутреннего вектора активности и включает: мотивирующее воздействие первичных генераторов самоорганизующей активности – научных,

политических и профильных элит – на существующие и вновь создаваемые социальные институты с тем, чтобы их деятельность стала более осмысленной, последовательной и эффективной в отношении форсированного развития индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды. Целенаправленная активность реформированных (например, мета-модель социальной психотерапии, включающая систему аддиктологической - наркологической, психотерапевтической, консультативно-психологической и первично-профилактической помощи) и вновь созданных институтов (например, социально-ориентированного рынка здоровья), через систему мобильных и стабильных информационных каналов будет оказывать растущее по объему и эффективности конструктивное воздействие на контактные аудитории, повышающие уровень индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному манипулятивному прессингу. И далее – конструктивное воздействие на уровень самоорганизующей активности общества в отношении нижнего средового потока (4).

Второй этап связан с активизацией конструктивного влияния внешнего вектора активности средовых потоков, возможного в результате целенаправленной деятельности обновленных социальных институтов и самоорганизованного общества по формированию адекватной информационной, экологической и биологической среды. Т.е. на данном этапе воздействие внешней среды будет не столько угнетать, сколько стимулировать рост адаптационных способностей человека и общества.

Наконец, третий этап связан с расширенным воспроизводством феномена индивидуального и социального здоровья за счет согласованной активности мобильных и стабильных систем информационных каналов, верхнего и нижнего средовых потоков. При этом категория здоровья, понимаемая в духе обновленного доктринального подхода (т.е. включающая такие характеристики, как индивидуальная и социальная устойчивость к манипулятивному прессингу, другим агрессивным воздействиям среды), должна стать главным приоритетом свободного и ответственного за свое будущее человечества. Ключевым моментом в данной констатации является тот неоспоримый факт, что именно эти характеристики, в конечном итоге, и создают возможность свободы – т.е. подлинной независимости от внешних обстоятельств и навязанных сценариев, выступающих в качестве основных источников социальных эпидемий.

По сути дела, вышеприведенная схема демонстрирует то, каким образом и в каком направлении должны развиваться два главных агента, действующих в общем поле потенциально-позитивного вектора воздействия рассматриваемых мутагенных факторов, - основной генератор (он же и потребитель) производимой информации – человек, а также сама структурированная информация в аспекте

ее содержания, объема, качества и основных каналов доставки до потребителя.

Рассматриваемая локальная структура активно взаимодействует с первой (социально-ориентированный рынок здоровья) и третьей (мутагенные факторы 5-6) кластерными структурами.

5) Актуализация потенциально-позитивного вектора воздействия стагнирующего инструмента социального развития власти-свободы (последний из идентифицированных мутагенных факторов) связана со следующими обязательными условиями:

– у властных структур присутствует полное понимание того, что сама по себе власть, в условиях кризисной замены одних фундаментальных параметров порядка на другие, является единственным инструментом социальной самоорганизации, способным эффективно управлять данным важнейшим процессом;

– у властных структур присутствует концептуальное видение того, каким образом возможно оказывать конструктивное влияние на кризисный процесс замены фундаментальных параметров порядка (обновленные доктринальные подходы и установки) и полная мера ответственности за реализацию соответствующей программы;

– у властных структур формируется новое понимание содержания и роли категории свободы в современном мире, своего отношения и характера взаимодействия с данным важнейшим инструментом социального развития (т.е. понимание того, что наиболее актуальной характеристикой категории «свобода» в современном мире является устойчивость к агрессивному воздействию среды и манипулятивному прессингу; и что снижение степени такой устойчивости означает стагнацию инструмента власти; понимание того, что важнейшая функция власти в настоящий кризисный период – предметная деятельность по укреплению и развитию инструмента свободы и, соответственно, снижению степени зависимости населения от деструктивных химических либо психологических адаптогенов быстрого действия – именно того опасного статуса, которым эффективно пользуются прямые конкуренты властных структур, заинтересованные в дестабилизации общественного порядка).

Осознавшие преимущества данной обновленной мета-позиции, властные структуры смогут успешно конкурировать с нелегальными криминальными и теневыми политическими группировками, претендующими на перераспределение властных функций, «выбивая» из сферы их влияния самый главный и действенный инструмент – социальную базу.

Из всего сказанного понятно, что 5-й и 6-й мутагенные факторы представляют кластерную структуру следующего порядка, где негативный вектор воздействия 5-го мутагенного фактора (деструктивные устремления специфических криминальных и geopolитических группировок) является своего рода

стимулом для форсированного развития потенциально-позитивного вектора воздействия 6-го мутагенного фактора власти-свободы.

6) Тесное взаимодействие локальных структур, соответствующих потенциально-позитивному вектору активности идентифицированных мутагенных факторов, конструктивное взаимодействие кластерных структур следующего порядка, должно приводить к синергетическому эффекту, актуализирующему потенциально-позитивный вектор воздействия основного цивилизационного мета-фактора. В итоге, система человек-общество-среда должна стабилизироваться на новом, более высоком уровне, обес-

печивающем возможность устойчивого развития субъекта и общества в агрессивной среде.

На схеме 2 обозначены основные фазы динамики формирования устойчивости к агрессивному влиянию среды – стержневой позиции обновленного доктринального подхода, - конкурирующего с динамикой процесса формирования социальных эпидемий.

В приведенной схеме каждая фаза рассматриваемых конкурентных процессов соотносится с определенным негативным или потенциально-позитивным вектором воздействия идентифицированных мутагенных факторов или кластерных струк-

Схема 2

Алгоритм актуализации потенциально-позитивного вектора основного цивилизационного мета-фактора

Обозначение негативных векторов воздействия мутагенных цивилизационных факторов	Модель охраны здоровья с идеологией «протезирования» утрачиваемых фрагментов здоровья и классической био-, психо-, социального подхода	Манипулятивный информационный прессинг с использованием электронных средств массовой коммуникации	Форсированное развитие криминального и полукриминального бизнес-сектора по производству деструктивных адаптогенов	Секторальная стагнация традиционных институтов власти-свободы	Катастрофический сценарий преформирования фундаментальных параметров порядка, регулирующих уровни индивидуального и социального этапа
Основные фазы динамики процесса формирования социальных эпидемий	Тенденция к снижению уровня адаптации	Эскалация адаптационного напряжения и развития адаптационных расстройств у существенной части населения	Использование патогенных химических и психологических адаптогенов быстрого действия с формированием псевдоадаптации	Формирование и распространение деструктивных химических и психологических зависимостей с характеристиками социальных эпидемий	
Основные фазы динамики процесса формирования социальной устойчивости	Интенсивное развитие свойств устойчивости к агрессивному воздействию среды	Сокращение дистанции между требованием среды и адаптационным потенциалом населения	Использование инновационных экологически выверенных экспресс-технологий формирования устойчивого ресурсного состояния	Эффективное блокирование и обратное развитие процесса распространения социальных эпидемий; существенно более высокие темпы развития самоорганизованного общества	Конструктивный сценарий преформирования фундаментальных параметров порядка, регулирующих уровни индивидуального и социального здорова
Обозначение позитивных векторов воздействия мутагенных цивилизационных факторов	Модель развития здоровья с акцентом на эффективную самоорганизацию и функциональный подход	Развивающий информационный прессинг с использованием мета-модели социальной психотерапии	Активное развитие инновационного сектора и социально-ориентированного рынка технологий ресурсного доступа	Активное развитие институтов власти-свободы	

тур, образующихся в результате их активного взаимодействия.

Наличие проработанной научной базы, обоснованных доктринальных подходов и установок в сфере противодействия распространению социальных эпидемий дает основание полагать, что конструктивный сценарий выхода из рассматриваемой кризисной ситуации вполне реален.

2. Анализ состоятельности основных позиций обновленного доктринального подхода в отношении преодоления системного дефицита, проведенный по первым четырем уровням дисциплинарной матрицы, показывает следующее.

Объясняющая научная система, адекватная специфике социальных эпидемий, базируется на основе внедисциплинарных синергетического и системного подходов. Данные подходы демонстрируют свою состоятельность в научной презентации сложных процессов, лежащих в основе рассматриваемого эпидемического процесса. Таким образом компенсируется дефицит первого уровня дисциплинарной матрицы.

В рамках обозначенной научной системы были сформулированы и обоснованы: новое понимание категории здоровья, включающее характеристики устойчивости к агрессивному влиянию среды; функциональный подход, используемый для обоснования приоритета данных характеристик здоровья (дополняющий классический биopsихосоциальный подход). Т.е. были разработаны наиболее острые, проблемные области второго уровня дисциплинарной матрицы.

Далее, была определена специфика взаимодействия негативного вектора мутагенных цивилизационных факторов, выявлен универсальный алгоритм вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость; в совокупности с универсальными факторами риска-устойчивости, разработанными общими подходами к форсированному развитию высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, вышеизложенные теоретические концепты в существенной степени закрывают дефицитарные позиции по третьему уровню дисциплинарной матрицы.

Наконец, возможность идентификации специфических для таких дисциплин, как наркология, аддиктология, мишени и разработки адекватных профессиональных подходов в работе с данными мишенями, компенсируют предметный дефицит по четвертому уровню дисциплинарной матрицы.

3. Анализ состоятельности обновленного доктринального подхода в отношении установок, адресуемых основным агентам сферы противодействующей социальной активности (властным структурам, системе охраны и развития здоровья, сектору аддиктологии - наркологии), показывает следующее.

Властные структуры получают внятные объяснения того, какие движущие силы и механизмы ле-

жат в основе рассматриваемого эпидемического процесса и обуславливают беспрецедентные масштабы и темпы его развития; каковы основные причины неуспешности или ограниченной успешности доминирующих доктринальных подходов и какие новые доктринальные подходы могут быть существенно более эффективными в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий; какова роль власти в их реализации.

В частности, властным структурам направляется следующий внятный посыл, который должен быть адекватно воспринят и реализован в конкретных действиях:

- в кризисный период замены фундаментальных параметров порядка власть (понимаемая как системообразующий стержень процесса социальной самоорганизации) должна быть особенно эффективной и брать на себя всю степень ответственности в преодолении катастрофического сценария развития событий, в контексте которого и был актуализирован феномен социальных эпидемий;

- властные структуры должны осознать всю степень угрозы, которую несет секторальная стагнация двух важнейших и взаимосвязанных инструментов социального развития – власти-свободы, и которая абсолютно неприемлема для формирования конструктивного сценария выхода из кризисной ситуации;

- властные структуры должны предпринять последовательные шаги, которые ведут к формированию высоких уровней устойчивости к агрессивному воздействию среды, манипулятивному прессингу, в результате чего сектор стагнации должен существенно сократиться;

- властные структуры, в связи со всем сказанным, должны сформулировать новую роль института здоровья, выполняющего важнейшую миссию эффективной социальной самоорганизации и укрепления главных инструментов социального развития;

- властными структурами должны быть предприняты реальные шаги по формированию социально-ориентированного рынка здоровья, в результате чего будут эффективно решены системные проблемы данной важнейшей сферы и блокированы процессы распространения социальных эпидемий.

Система охраны и развития здоровья получает следующий адресный посыл, который должен быть воспринят в соответствии с реалиями сегодняшнего дня:

- в данной важнейшей сфере необходима кардинальная смена идеологических подходов и установок, предусматривающая: ориентацию на развивающие, а не только «протезирующие» методы формирования индивидуального и социального здоровья; замену нозоцентрической стержневой идеологии на саноцентрическую; дополнение биopsихосоциального подхода функциональным;

- необходима существенная модификация структурных характеристик системы охраны и раз-

вития здоровья – от узкомедицинского сектора к широкому социально-гуманитарному сектору;

– далее, должны быть инициированы кардинальные изменения всего экономического контекста, в поле которого функционирует система охраны и развития здоровья – от выключенности стоимостных значений категории здоровья из системы экономических расчетов к модели социально-ориентированного рынка здоровья, где стоимостные значения данной категории играют основную роль и выполняют функцию главного экономического стимула инновационных процессов;

– в соответствии со всем сказанным должны быть разработаны вопросы научно-экономической экспертизы технологий формирования высоких уровней индивидуального и социального здоровья, включающих такой важный компонент, как устойчивость к агрессивному влиянию среды.

Система аддиктологической - наркологической помощи также получает установки, аргументированные в системе обновленного доктринального подхода:

– специфика используемых диагностических, профилактических, лечебно-реабилитационных подходов заключается в том, что такого рода технологии должны быть ориентированы на универсальный алгоритм формирования устойчивости к первично му либо повторному вовлечению в социальные эпидемии;

– специфика используемых организационных подходов должна предусматривать формирование

мета-модели социальной психотерапии со следующими характеристиками: 1) кластерный принцип взаимодействия секторов аддиктологии-наркологии, психотерапии-практической психологи, организаций, реализующих профилактические программы; 2) полноценный охват нуждающегося населения наиболее востребованными видами помощи, такими как экспресс-психотерапия и консультирование, первичная аддиктологическая помощь и др.; 3) специальная многоуровневая структура оказания профильной помощи, соответствующая реальным потребностям населения с высокими рисками и признаками вовлечения в социальные эпидемии; 4) комплексная система управления качеством профильной помощи; 5) многоуровневый мониторинг ситуации, связанной с распространением социальных эпидемий.

На основании данных установочных принципов были разработаны соответствующие диагностические, профилактические, лечебно-реабилитационные и организационные технологии, эффективность которых определилась на втором этапе реализации комплексного исследовательского проекта.

Выводы

Таким образом, объясняющая научная система и формируемые на ее основе доктринальные подходы демонстрируют состоятельность по тем параметрам, которые имеют значение на этапе теоретической разработки.

УДК 616.89:316.6

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

А.Л. Катков

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

Введение

В период 2002-2012 гг. Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар) проводилось исследование проблемы социальных эпидемий, связанной с беспрецедентным распространением адаптационных расстройств, химической, деструктивной психологической зависимости. В частности, изучались универсальные механизмы активизации специфического эпидемического процесса, исследовались алгоритмы вовлечения населения в химическую и деструктивную психологическую зависимость.

В ходе реализации 1-го этапа комплексного исследовательского проекта нами проводился углуб-

ленный критический анализ и в отношении главного гипотетического тезиса настоящего раздела, содержащего допущение того, что в основе перехода от локальных (т.е. ограниченных по масштабам и темпам распространения) к эпидемическим (с тенденцией к беспрецедентному росту масштабов и темпов распространения) характеристикам исследуемых социальных процессов лежит особый тип взаимодействия так называемых мутагенных цивилизационных факторов.

1. Авторство термина «мутированный мир» принадлежит Клаусу Швабу – основателю Давосского экономического форума. В нашей интерпретации мутагенные цивилизационные факторы – это

те научно-технические открытия, социальные достижения и целенаправленная активность действующих общественных и иных институтов, которые необратимо и коренным образом изменили условия жизнедеятельности современного человека. Другим отличительным признаком мутагенных цивилизационных факторов является наличие интенсивного многовекторного воздействия на социальную, информационную и биологическую среду: прогнозируемого позитивного вектора воздействия, который и является главным аргументом для масштабного использования соответствующей технологии или социального опыта; прогнозируемого негативного вектора воздействия, который является основанием для введения ограничивающих правил; непрогнозируемого негативного вектора воздействия, последствия которого в полной мере проявляются лишь в среднесрочной и долгосрочной перспективе; потенциально-позитивного вектора воздействия, идентификация и апробация которого возможны в контексте обновленного доктринального подхода.

Среди основных мутагенных цивилизационных факторов мы выделяем следующие:

– кардинальное изменение способов регулирования индивидуального и социального здоровья с масштабным использованием технологий протезирования утрачиваемых компонентов здоровья (вакцинация, антибактериальная терапия, фармакотерапия, хирургические интервенции и др.); непрогнозируемый негативный вектор воздействия данного фактора связан с деградацией естественных саногенных механизмов, снижением адаптационного потенциала у каждого последующего поколения, формированием осознаваемого и неосознаваемого ресурсного запроса и поискового поведения в сторону его сверхбыстрого удовлетворения у существенной части населения;

– беспрецедентные темпы развития легальной, полукриминальной и криминальной индустрии, ориентированной на удовлетворение растущего ресурсного запроса за счет производства и доставки до потребителя адаптогенов сверхбыстрого действия – химических или психологических эрзацев требуемого ресурсного статуса; негативный вектор воздействия в данном случае связан с формированием патологической зависимости, в сравнительно короткие сроки приводящей к инвалидизации и преждевременной смерти, а также с тем обстоятельством, что сформированный на волне первичного спроса на ресурсы сектор криминальной индустрии становится самостоятельным агентом, активно стимулирующим вторичный спрос на адаптогены ультрабыстрого действия и генерирующим соответствующую потребительскую культуру; данный сектор, с одной стороны, активно сращивается с легальной индустрией развлечений, криминализируя эту об-

ширную и важную сферу человеческой жизнедеятельности, а с другой – участвует в теневой geopolитической игре, последствия которой становятся все менее предсказуемыми и более опасными;

– беспрецедентные темпы развития и масштабы использования манипулятивных технологий, главный негативный вектор воздействия которых связан с возрастанием степени агрессивности информационной среды, увеличением разрыва между требуемым и реальным уровнем социальной устойчивости к такого рода давлению, а также с тем обстоятельством, что за счет использования данных технологий актуализируется ресурсный запрос, стимулируется поисковая активность субъекта в сторону добывания патологического адаптогена быстрого действия со всеми вытекающими отсюда последствиями;

– кардинальное изменение способов и объемов коммуникативной деятельности современного человека за счет использования каналов мобильной связи, телевидения, интернета; непрогнозируемый негативный вектор воздействия данного, наиболее мощного мутагенного цивилизационного фактора связан не только с беспрецедентным расширением доступа к манипулятивной информации и, соответственно, тиражированием рисков вовлечения в социальные эпидемии, но также и с формированием таких специфических форм деструктивного поведения, как кибер-терроризм, кибер-экстремизм, формирование компьютерной зависимости; специально следует отметить и то обстоятельство, что масштабное использование современных средств электронной коммуникации приводит к размытию традиционного идеоматического пространства, выполняющего функцию ограничителя и регулятора поисковой активности субъекта;

– кардинальное изменение ситуации и подходов, используемых в сфере geopolитики, где появляются новые агрессивные игроки с теми же возможностями продвижения своих идей, экстремистских устремлений и глобализации влияния, которые вплоть до 70-х годов прошлого века имели лишь отдельные государства. В данной сфере совершается подлинная и нигде не афишируемая революция в плане использования технологий управляемого социального хаоса. Такого рода технологии связаны с актуализацией и направлением в нужное русло имеющегося у существенной части населения ресурсного запроса, с выводимым отсюда вполне предсказуемым повышением уровня адаптационного напряжения и вероятностью социального взрыва. Соответственно, в ситуации индуцированного хаоса гораздо легче устанавливать новый социальный порядок, отвечающий интересам основного заказчика. Такого рода глобальная как в смысле охватываемого пространства, так и в отношении использу-

емого арсенала средств геополитика в свою очередь стимулирует развитие манипулятивных психотехнологий, подпитывает индустрию производства нелегальных психоактивных веществ с понятными перспективами такого рода деятельности;

– исключительно важное самостоятельное значение имеет негативный аспект взаимодействия рассматриваемых мутагенных цивилизационных факторов, приводящий к серьезной деформации таких фундаментальных параметров порядка, как власть и свобода. Т.е. в последние годы имеет место ситуация, когда за фасадом внешне привлекательных и повсеместно декларируемых достижений по расширению возможностей информационного выбора, предоставляемых глобальным интернет-пространством, возможностей выбора власти, предоставляемых демократическими режимами, развертываются процессы сжимания поля функциональной активности и секторальной стагнации обсуждаемых универсальных инструментов социального развития. Фактически это означает, что в условиях существующего манипулятивного прессинга у все более расширяющегося сектора населения с характеристиками низкого уровня устойчивости к агрессивному влиянию среды возможность свободного выбора подменяется псевдовыбором. Что же касается попыток действующих властей по обеспечению информационной безопасности через введение института цензуры, то такие попытки лишь ограниченно эффективны вследствие диверсификации каналов связи, высокой активности генераторов манипулятивной информации, сложностей с оперативным проведением необходимой гуманитарной экспертизы.

2. Проведенное исследование позволило уточнить функциональный вклад каждого анализируемого мутагенного цивилизационного фактора и общую последовательность событий, приводящих к «цепной реакции» активизации эпидемического процесса.

Так, фактор используемых медицинских подходов и технологий в данном случае выполняет функцию генерации осознаваемого и неосознаваемого ресурсного запроса у существенной и все более увеличивающейся части населения.

Фактор активности специфических социальных групп и группировок (в том числе криминальных), использующих любые средства для достижения значимых для них целей – выполняет функцию дополнительного стимулирования и удовлетворения данного запроса за счет производства и доставки до потребителя химических и деструктивных психологических адаптогенов сверхбыстрого действия.

Технологический фактор (информационные сети и манипулятивные технологии) выполняет функцию катализатора роста специфического потреби-

тельского спроса и размывания запретительных культуральных барьеров.

Фактор стагнации инструментов власти – свободы, формируемый за счет взаимодействия всех вышеперечисленных факторов мутагенных цивилизационных факторов, в конечном итоге, выполняет функцию изоляции существенной части общества от главных инструментов развития и противодействия процессу вовлечения в социальную эпидемию.

Общий и постоянно наращиваемый прессинг всех перечисленных факторов, многократно превосходящий противодействующую активность разобщенных социальных институтов, выполняет общую функцию генерализации деструктивных социальных процессов, обозначенных нами как «социальные эпидемии».

3. Далее, нами была идентифицирована универсальная последовательность этапов в формировании патологической адаптации у населения, вовлекаемого в эпидемический процесс:

1) в условиях «мимо-действия» доминирующих технологий регулирования уровней индивидуального и социального здоровья формируются исходные дефициты свойств устойчивости к агрессивному влиянию среды;

2) в условиях продолжающегося агрессивного давления ряды формируется адаптационное напряжение, манифестируют адаптационные расстройства с признаками синдрома деморализации;

3) в этих же условиях происходит формирование чаще неосознаваемого ресурсного запроса с манифестацией поискового поведения;

4) в условиях агрессивного информационного прессинга, канализирующего поведение субъекта в сторону добывания патологических адаптогенов, манипулятивной обработки с размыванием ограничительных культурных и социальных барьеров имеет место реализация поискового поведения субъекта;

5) в условиях агрессивно-манипулятивной рекламы, насыщения и перенасыщения теневого потребительского рынка широким ассортиментом патологических адаптогенов, агрессивного сетевого маркетинга происходит реализация ресурсного запроса за счет употребления химических либо деструктивно-психологических адаптогенов быстрого действия, с подкреплением мотивации поиска и нахождения «коротких путей к счастью»;

6) в условиях продолжающейся манипулятивной активности, направленной на вовлечение субъекта в деятельность сетевых структур по распространению соответствующего продукта формируется химическая либо деструктивная психологическая зависимость с полным переключением на стереотипы патологической адаптации, развитием специфического симптомокомплекса, характеризующего зависимый статус субъекта;

7) исходный этап, на котором зависимый субъект оказывается в ситуации абсолютного социального проигрыша в смысле утраты статуса, связей, средств, поражением в правах (в случае вовлечения в криминальную деятельность), признаков соматического неблагополучия (в случае химической зависимости), реализуется в условиях снижения манипулятивной активности, поскольку субъект как источник средств или активный агент по распространению соответствующей идеологической продукции становится неактуален и, следовательно, неинтересен стрежневой бизнес-структуре.

В силу всего сказанного – очевидности нанесенного вреда и ослабления практики манипулятивного воздействия – на данном этапе чаще всего и происходит обращение субъекта за профессиональной помощью в преодолении патологической зависимости.

Выводы

Интерпретация полученных по настоящему исследовательскому фрагменту результатов, проводимая с опорой на интегральные системы развертываемых во времени, анализируемых событий, позволяет утверждать следующее.

Современные социальные эпидемии вполне аргументировано и обоснованно могут рассматриваться как «флаги» нигде не афишируемого процесса замены естественных саногенных механизмов (в первую очередь механизма естественного отбора) на искусственные – цивилизационные, с катастрофическим запаздыванием последних. Недальновидные ущербные стратегии, используемые для искусственного регулирования уровней индивидуального и социального здоровья, при всей их привлекательности и неоспоримой эффективности в отношении снижения смертности в результате инфекционных заболеваний, росте продолжительности и качества жизни с хроническими заболеваниями, в долговременной перспективе приводят лишь к тому, что уровень устойчивости населения ко все более агрессивному воздействию среды прогрессивно снижается. А углубляющая пропасть между требуемыми и наличествующими уровнями устойчивости современного человека заполняется патологическими адаптогенами быстрого действия.

Проведенный нами анализ показывает, что основные дивиденды из этой, вне всякого сомнения, глубокой кризисной ситуации получают криминальные или полукриминальные структуры, теневые политики и воинствующие радикалы всех мастей.

Однако в данной ситуации могут и должны быть получены дивиденды совершенно другого

рода – тщательно подготовленные прорывы в общей идеологии и технологиях эффективной индивидуальной и социальной самоорганизации, полностью компенсирующих утрату естественных саногенных механизмов и открывающих новые перспективы жизнедеятельности человека в современном мире.

Такого рода идеологические и технологические прорывы могут быть адекватно подготовлены в том числе и за счет использования разработанного методологического базиса – концепции мутагенных цивилизационных факторов, которая, с нашей точки зрения, обладает рядом преимуществ:

- сам по себе анализируемый цивилизационный процесс замены естественных саногенных механизмов на искусственные в данной концепции может рассматриваться как мутагенный мета-фактор, который, во-первых, обладает полным набором характерных идентификационных признаков и векторов воздействия (так, например, процесс распространения социальных эпидемий в данном контексте интерпретируется как непрогнозируемый негативный вектор воздействия рассматриваемого мутагенного цивилизационного мета-фактора); во-вторых, - объединяет идентифицированные мутагенные факторы в систему,нятно объясняющую специфику и последовательность развертывания исследуемого эпидемического процесса; в -третьих – обосновывает общую перспективу преодоления системного кризиса в сфере противодействия социальным эпидемиям;

- идентифицированные схемы взаимодействия анализируемых фактов, алгоритмы вовлечения населения в эпидемический процесс – имеют универсальный характер, применимый ко всем типам социальных эпидемий;

- на всех этапах разработки концепции мутагенных цивилизационных факторов подтверждена особая значимость общей «точки приложения» схемы взаимодействия данных факторов – характеристик индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в деструктивные эпидемии, которые, в нашем случае, выступают в качестве универсальных мишеней для эффективного профилактического воздействия;

- разработанная концепция фокусирована на реальную возможность актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия рассматриваемых цивилизационных факторов, с разворотом общего направления их активности от полюса генерации исков и фактов вовлечения в социальные эпидемии к полюсу активного формирования индивидуальной и социальной устойчивости.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ

А.А. Кусаинов

руководитель сектора доказательной медицины РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар

Е.Б. Байкенов

руководитель патентно-информационного отдела РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

В.П. Павленко

ответственный по курсу психиатрии и наркологии Западно-Казахстанского Государственного медицинского университета (ЗКГМУ), г. Актобе

Ж.М. Хамитова

и.о. доцента курса психиатрии и наркологии Западно-Казахстанского Государственного медицинского университета (ЗКГМУ), г. Актобе

С.В. Зайнуллин

ассистент курса психиатрии и наркологии Западно-Казахстанского Государственного медицинского университета (ЗКГМУ), г. Актобе

Стремительное развитие науки и техники в конце XX века послужило причиной появления такого чуда современности, как компьютер и компьютерные технологии. Изобретение компьютера ускорило развитие многих отраслей промышленности, систем связи, качественно изменило принцип работы различных административных учреждений, значительно расширило возможности в сфере образования. На сегодняшний день отмечается неуклонный рост числа пользователей компьютерами и Интернетом, современный человек взаимодействует с компьютером и компьютерными сетями на рабочем месте и дома с целью осуществления той или иной деятельности или для развлечения в стационарных условиях и при передвижении. Знакомство с компьютером начинается с детских лет и продолжается на всех этапах образования и профессиональной деятельности. Компьютер стал не только инструментом для работы, зачастую определяющим конечный результат труда, но и явлением, способным вызывать положительные эмоции, ощущение удовольствия, эйфорию, влияющим на сознание, поведение человека, его межличностные контакты и отношения. Неудивительно, что взаимодействие между пользователями компьютером и информационными технологиями привело к появлению качественно нового психологического феномена – зависимости от Интернета (интернет-аддикция, нетаголизм, кибераддикция, виртуальная аддикция) [9]. Несмотря на то, что сегодня интернет-аддикция по своей медико-психологической и социальной значимости для общества находится в ряду таких распространенных аддикций, как наркомания, алкоголизм, патологическое влечение к азартным играм, самостоятельным психическим расстройством она не определена. До сих пор в достаточной степени не изучены основные патогенетические звенья формирования и поддержания Интернет-аддикции, не разработаны в полной мере универсальные диагностические критерии и эффективные меры профилактики и психокоррекции данной зависимости.

Аддиктивное поведение (от англ. *addiction* – склонность, пагубная привычка) характеризуется стремлением к уходу от реальности путём изменения своего психического состояния посредством приёма некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определённых предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций. Этот процесс настолько захватывает человека, что начинает управлять его жизнью. Человек становится беспомощным перед своим пристрастием. Волевые усилия ослабевают и не дают возможности противостоять зависимости. Привлекательность аддикции состоит в том, что она представляет собой путь наименьшего сопротивления. Создаётся субъективное впечатление, что, таким образом, обращаясь к фиксации на каких-то предметах или действиях, можно не думать о своих проблемах, забыть о тревогах, уйти от трудных ситуаций, используя разные варианты аддиктивной реализации. Желание изменить настроение по аддиктивному механизму достигается с помощью различных аддиктивных агентов. К таким агентам относятся вещества, изменяющие психическое состояние: алкоголь, наркотики, лекарственные препараты, токсические вещества. Искусственному изменению эмоциональной сферы способствует также и вовлечённость в какие-то виды активности: азартные игры, компьютер, секс, переедание или голodание, работа. Результаты отдельных исследований указывают на тот факт, что вероятность существования единых этиопатогенетических механизмов расстройств зависимого (аддиктивного) поведения высоки [6]. Безусловно, и то, что все формы аддиктивного поведения имеют, наряду с общими механизмами, свою специфику, которая по отношению ко многим из них, изучена недостаточно. Это касается, в частности, аддиктивного отношения к компьютерным технологиям. Интернет-зависимость обладает некоторыми характеристиками уже известных и изученных аддикций: пренебрежение важными вещами в жизни из-за аддиктивного поведе-

ния, разрушение отношений аддикта со значимыми людьми, раздражение или разочарование значимых для аддикта людей, скрытность или раздражительность, когда люди критикуют это поведение, чувство вины или беспокойства относительно этого поведения, безуспешные попытки сокращать это поведение. Среди описанных в Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) расстройств наиболее близкое состояние - «патологическое влечение к азартным играм» (F63.0). Клиническая картина патологической склонности к азартным играм, её динамика, принципы коррекции и профилактики могут служить моделью для описания аналогичных параметров при интернет-зависимости. Вместе с тем, целый ряд исследователей выделяют специфические, присущие только интернет-аддикции признаки.

Начало изучения психологического феномена зависимости от Интернета принадлежит клиническому психологу К. Янг (K. Young) и психиатру И. Голдберг (I. Goldberg). Обзор литературы показал, что многочисленные данные об интернет-аддикции сосредоточены на исследованиях К. Янг [16, 21, 22]. Она впервые получила результаты анкетирования большого количества пользователей Интернета и предложила критерии диагностики компьютерной зависимости. В середине 1990-х гг. И. Голдберг предложил термин «Интернет-аддикция», охарактеризовав её как «оказывающую пагубное воздействие на бытовую, учебную, социальную, рабочую, семейную, финансовую или психологическую сферы деятельности», а также разработал набор диагностических критериев для определения зависимости от Интернета [11].

М. Орзак (M. Orzack, 1999) выделила следующие психологические и физические симптомы, характерные для Интернет-зависимости [14]:

- a) психологические симптомы:
 - хорошее самочувствие или эйфория за компьютером;
 - невозможность остановиться, увеличение количества времени, проводимого за компьютером;
 - пренебрежение семьей и друзьями;
 - ощущение пустоты, депрессии, раздражения вне компьютера;
 - неправда работодателям или членам семьи о своей деятельности;
 - проблемы с работой или обучением.
- b) физические симптомы:
 - синдром кarpального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц);
 - сухость в глазах; головная боль по типу мигрени;
 - боль в спине;
 - нерегулярное питание, пропуск приемов пищи;
 - пренебрежение личной гигиеной;
 - расстройства сна, изменение режима сна.

Кроме того, М. Орзак считает, что интернет-аддикция может заострить существующие психические расстройства. У многих компьютерозависимых пациентов выявлена коморбидность с социальными фобиями, компульсивными расстройствами, расстройством концентрации внимания и другими видами аддикций [15].

Согласно исследованиям К. Янг (1998), симптомами (опасными сигналами, предвестниками) Интернет-аддикции являются [17, 20]:

- навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту;
- предвкушение следующего сеанса онлайн;
- увеличение времени, проводимого онлайн;
- увеличение количества денег, расходуемых на Интернет.

В представлении К. Янг зависимость от Интернета – многомерное явление, включающее:

- 1) проявления бегства в виртуальную реальность людей с низкой самооценкой, тревожных, склонных к депрессии, ощащающих свою незащищенность, одиноких или непонятых близкими людьми, тяготящихся своей работой, учебой или социальным окружением;
- 2) поиск новизны;
- 3) стремление к постоянной стимуляции чувств;
- 4) эмоциональная привязанность (возможность выговориться, быть эмпатично понятым и принятым, освободиться тем самым от острого переживания неприятностей в реальной жизни, получить поддержку и одобрение);

5) удовольствие ощутить себя «виртуозом» в применении компьютера и специальных поисковых либо коммуникативных программ WWW в результате преодоления свойственной, как оказалось в результате проведенных исследований, многим аддиктам в недавнем прошлом технофобии, а особенно ее разновидности – компьютерофобии, т.е. боязни компьютеров и других видов информационных технологий.

Признаками наступившей Интернет-аддикции, по мнению К. Янг, служат следующие критерии [18, 19, 22]:

- a) всепоглощенность Интернетом;
- б) потребность проводить в сети все больше и больше времени;
- в) повторные попытки уменьшить использование Интернета;
- г) при прекращении пользования Интернетом возникают симптомы отмены, причиняющие беспокойство;
- д) проблемы контроля времени;
- е) проблемы с окружением (семья, школа, работа, друзья);
- ж) ложь по поводу времени, проведенного в сети;
- з) изменение настроения посредством использования Интернета.

Н.И. Алтухов и К.Ю. Галкин выделяют следующие признаки и симптомы компьютеромании [1]:

- изменение актуального психического состояния в сторону эйфории при контакте с компьютером или в «предвкушении» контакта;
- исчезновение контроля времени, проводимого за компьютером;
- стремление к увеличению времени взаимодействия с компьютером;
- раздражение, угнетенность, ощущение «пустоты» при невозможности контакта с компьютером;
- использование компьютера или игровой приставки для изменения актуального психического состояния со знака «-» на знак «+»;
- возникновение проблем во взаимоотношениях в микросоциальных группах;
- вегето-висцеральные признаки (сухость глаз, запоры, исчезновение аппетита).

В настоящее время выделяют 5 типов компьютерной зависимости [2, 3, 4, 5, 16]:

- 1) обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности);
- 2) компульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных;
- 3) патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, онлайновым аукционам или электронным покупкам;
- 4) зависимость от социальных применений Интернета, т. е. от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными;
- 5) зависимость от «киберсекса», т. е. от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».

Данные литературы показывают, что проблема патологической зависимости появляется тогда, когда аддиктивное поведение начинает доминировать в сознании [2, 4, 5]. В его основе лежит стремление - уйти из реальности за счёт изменения своего психического состояния. Человек заменяет решение проблемы «здесь и сейчас» аддиктивной реализацией, откладывает существующие задания «на потом», достигая тем самым психологического комфорта. Это люди, для которых виртуальная жизнь становится более значимой, чем реальная, и они перестают отличать «Я - виртуальное» от «Я - реального» - это и есть потенциальные и действительные интернет-аддикты.

При увлечении компьютерами имеет место изменение личного психического состояния, достигнутого сосредоточением на определённом предмете (компьютере) и связанной с ним деятельностью, что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний: чувства эмоцио-

нального возбуждения, волнения, подъёма или релаксации. Таким образом, достигается начало желаемых эмоциональных изменений, возникает ощущение контроля над собой и ситуацией, чувство удовлетворенности жизнью. Увлечение компьютером становится стилем жизни, доминирует и вытесняет другие виды деятельности. Если в обычных ситуациях люди используют компьютеры утилитарно - для удобства, комфорта, то для «сверх увлечённых» тот же компьютер, который вовлекается в аддиктивное звено, становится всё более значимым, всё более удовлетворяющим эмоциональные потребности аддиктов. Эмоциональные отношения с людьми нарушаются. Это отражается в уменьшении дружелюбности, в отходе от реальности, в росте изоляции от других людей, которые не входят в круг подобных любителей компьютерной техники. Сужается круг интересов. Происходит процесс, во время которого человек не только не решает важных для себя проблем (например, бытовых, социальных), но и останавливается в своём личностном развитии. Важно отметить, что аддиктивная реализация включает в себя как аддиктивные действия, так и мысли о возможности ухода от реальности [7, 8, 10, 12, 13].

По мнению Ц.П. Короленко (1991), развитие компьютерной зависимости полностью укладывается в основные этапы развития аддиктивного поведения. Он подчеркивает базовый характер аддиктивной мотивации: «точка кристаллизации», становление аддиктивного ритма, её формирование как интегральной части личности, полное доминирование аддиктивного поведения [3].

Выводы

1. Наряду с тем, что интернет-аддикция обладает признаками других нехимических и химических аддикций, большинство авторов рассматривают её как самостоятельную форму нехимической зависимости со своими специфическими клиническими проявлениями.

2. Проведенные к настоящему времени исследования не раскрывают, в достаточной степени, клинической картины данного расстройства.

3. Приоритетными направлениями дальнейшего изучения интернет-аддикции должны быть «универсализация» диагностических критериев и разработка эффективных методов профилактики и психокоррекции.

Список использованной литературы:

1. Алтухов, Н.И., Галкин, К.Ю. Зависимость от компьютерной виртуальной реальности // XIII съезд психиатров России: (материалы съезда). - М., 2000. - С. 285-286.
2. Иванов, М. Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера // Психол. журн. - 2003. — Т. 24, № 2. — С. 10-14.

-
-
3. Короленко, Ц.П. Аддиктивное поведение, общая характеристика и закономерности развития // Обзор психиатрии и мед. психологи. -1991. -№ 3. — С. 8-15.
 4. Лоскутова, В.А. Интернет-зависимость - патология XXI века?// Вопр. ментальной медицины и экологии. - 2000. — Т. VI, №1. — С. 11-13.
 5. Мельник, Э.В. О природе болезней зависимости: (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и др.). — О., 1998. - С. 134-159.
 6. Менделевич, В.Д. и др. Руководство по аддиктологии. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
 7. Рыбальский, М.И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. — 2-е изд. перераб. и доп. — М.: Медицина, 1989.-368 с.
 8. Сирота, Н.А., Яитонский, В.М. Преодоление эмоционального стресса подростками: (Модель исследования) // Обозр. психиатр, и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 1993. - С. 53-61.
 9. Юрьева, Л.Н., Больбот, Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. — Дніпропетровськ: «Пороги», 2006. – 192 с.
 10. Beard, K., Wolf, E. Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction // Cyberpsychol. Behavior. — 2001. — Vol. 4, N 3. - P. 377-383.
 11. Goldberg, I. Internet addiction disorder // CyberPsychol. Behavior. - 1996. - Vol.3, N 4. - P. 403-412.
 12. Glodauer, W. Die neuen Medien veraendern die Kindheit. -Weinheim: 1993. - 78 p.
 13. Hubbard, B. G. Internet abuse: What is it doing to our families and what do professionals need to know? // Ohio Psychologist. - 1998. - N 6. - P. 25-28.
 14. Orzack, M.H. How to recognize and treat computer.com addiction // Clin. Counseling Psychol. - 1999. - Vol. 9, № 2. - P. 124-130.
 15. Orzack, M.H., Orzack D.S. Treatment of Computer Addicts with Complex Co-Morbid Psychiatric Disorders // Cyber Psychol. Behavior. - 1999. - Vol. 2, N 5. - P. 53-57.
 16. Young, K.S. Caught in the Net. How to Recognize the signs of Internet Addiction — And a Winning strategy for Recovery. - New York: John Wiley and Sons, Inc., 1998. - 55 p.
 17. Young, K.S. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype // Psychological reports. - 1996. - N 79. - P. 899-902.
 18. Young, K.S. The center for on-line addiction - frequently asked questions // Psychol. Reports. - 1999. - N 93. - P. 356-360.
 19. Young, K.S. What makes the Internet Addictive: potential explanations for pathological Internet use // Cyber Psychology and Behavior. - 1999. - №1. - P. 56-60.
 20. Young, K.S., Pistner, M. et al. Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium // Cyber-Psychol. Behavior. - 1999. - Vol. 3, N 4. - P. 475-479.
 21. Young, K.S., Rodgers, R.C. Internet addiction: personality traits associated with its development // CyberPsychol. Behavior. — 1998.-Vol. 2, N 1. - P. 46-51.
 22. Young, K.S., Vande Creek, L., Jackson, T. Evaluation and treatment of Internet addiction // Innovations in clinical practice: A source book. - 1999. - P. 19-31.

ПСИХОТЕРАПИЯ

«ЧУВСТВО ЖИЗНИ» КАК ИНДИКАТОР ЭВОЛЮЦИИ ПРОЦЕССА В ПСИХОТЕРАПИИ

М.Е. Жидко

к. психолог. н., доцент кафедры психологии Национального аэрокосмического университета им. Н.Е. Жуковского, ХАИ, г. Харьков (Украина)

Актуальность проблемы

«Чувство жизни» как специфическое и интуитивно понятное человеческое переживание¹, имеющее качественное и количественное измерения, под теми или иными именами, в разных концептуальных формах имплицитно присутствует практически в большинстве философских и психологических теорий, которыми сегодня оперирует психотерапевтическая практика (разновидности «модусов бытия» в экзистенциальной традиции, биофиля в неофрейдизме, аутентичность, контакт и осознание в гештальт-терапии, полностью функционирующую личность в клиент-центрированной модальности, ин-се в онтопсихологии А. Менегетти и т.п.). На наш взгляд, это неудивительно, так как многие клиенты, обращающиеся за психотерапевтической помощью в рамках психологических моделей психотерапии, не имея специальной медицинской и психологической подготовки, формулируют свои запросы именно как нарушение этого чувства (даже в рамках клинической симптоматики) – «есть ощущение, что с моей жизнью что-то не так», «моя жизнь сузилась до одной точки», «такое чувство, что жизнь проходит мимо, я как бы существую в параллельной реальности» и т.п. Как пишет Дж. Бьюдженталь: «Каждый из нас знает, что он жив, и каждый старается стать более живым, ибо знает, что слишком часто он не настолько живой, насколько он мог бы и хотел бы быть. Но так обстоят наши дела. Иногда мы очень живые, а иногда чувствуем, что соскальзываем всё ниже, к пределу смерти, неумолимо созревающей внутри нас. Величайшая трагедия человеческого опыта состоит в том, что снова и снова мы оказываемся слепы и глухи к возможностям более полнокровной жизни» [2, с. 20]. Эти практические наблюдения подтверждается и исследовательскими данными И. Ялома, который в течение многих лет регулярно проводил с участниками Т-групп (непациентами) эксперимент «Самая страшная тайна» (от них требовалось анонимно написать на листке бумаги ту са-

мую вещь, рассказывать о которой в группе им меньше всего хочется). «Наиболее часто встречающаяся тайна – глубокое убеждение, что где-то в самой своей основе человек неадекватен, чувство, что чего-то главного в этой жизни он не понимает, что он лишь скользит по поверхности жизни, не живет, а умело блефует... Эти главные проблемы непациентов качественно ничем не отличаются от жалоб людей, обращающихся за профессиональной помощью» [7, с. 18]. Таким образом, изменение чувства жизни (в некоторых случаях даже при сохранении ослабленной симптоматики²) выступает как показатель и мотиватор обращения за психотерапевтической помощью, так и критерий завершённости и успешности процесса психотерапии (и в целом и на отдельных его стадиях).

Сегодня, на наш взгляд, проблема «чувства жизни» уже выходит за рамки узкопрофессионального контекста и приобретает вполне выраженную социальную актуальность. Последние 20 лет всё больше культурным героям (особенно у молодёжи) становятся мифологические персонажи с артикулированными признаками неполноты или «параллельности» жизни (мы условно объединяем это под названием паражизни) – зомби, вампиры, призраки, киборги и т.д. При всей разнородности их всех объединяет ряд общих черт:

1) они не просто антропоморфны, а напрямую принадлежат к виду *Homo sapiens*, но не подчиняются важным законам существования этого вида (например, теряют способность к размножению, не могут быть убиты некоторыми традиционными способами и т.п.), за счёт чего приобретаются некоторые «сверхъестественные» способности;

2) эти изменения были вызваны вмешательством некой внешней фатальной причины (убийства, укуса, заражения вирусом, генетического сбоя, побочного результата вселенской борьбы Добра, Зла и т.д.) и имеют необратимый характер;

3) в результате изменений существование, лишённое выбора, начинает действовать по некой достаточно

¹ Как писал В. Дильтей, «жизнь» – это, прежде всего, непосредственное переживание, и это всегда человеческая жизнь» [4].

² В этом смысле «чувство жизни» напрямую связано с житейскими и социальными критериями «нормальности»/«ненормальности». Как отмечает в своем интервью еженедельнику «Частный корреспондент» от 06.04.2009 г. А. Сосландин, ««ненормальность» – это неспособность переносить свои душевые страдания. Пока он (пациент – прим. М.Ж.) с ними справляется – вне зависимости от того, как он адаптирован, – с ним всё в порядке. Как только он с ними справляться сам уже не в силах – он идет к нам».

примитивной поведенческой схеме (в смысле древнегреческого рока), отклонение от которой приводит к страшным мучениям и достаточно быстрой и мучительной смерти (при общей продолжительности жизни в 3-5 лет);

4) по каким-то мистическим (то есть не очень понятным причинам), при полной потере чувств и интеллекта они испытывают то, что можно назвать зависимостью и зависимостью по отношению к живым людям (и не только людям), в то же время, стараясь всеми силами, превратить их в себе подобных или изменить их жизнь путём вмешательства;

5) зачастую действуя коллективно или в паре, они всегда одиночки.

Не стоит считать подобную идеализацию паразизни ситуационной случайностью, так как пространство развлечения, при всём прочем, это ещё и вполне определённый барометр социально-психологического настроения, в том числе и тех общественных страхов, которые сильно тревожат в подсознании, но табуированы для прямого выражения³. С нашей точки зрения, в первом десятилетии XXI века полностью подтвердился предсказанный в середине XX века прогноз об имеющейся в потребительском обществе выраженной психологической потребности избегать (и, в некоторых случаях, подавлять) всего, что связано с «чувством жизни»⁴. Тогда эта потребность связывалась, с одной стороны, со сведением существования к функционированию, с другой, – с тотальным конформизмом. Сегодня к этому добавилась ещё абстрактность и виртуализация как коллективной, так и индивидуальной жизни (со свойственными ей си-мулярами, самоопределением через унифицированные опции, инфантильными «проектами самости» и т.п.)⁵. «Паражизненность» объясняет и парадоксальный сплав полного либерализма с достаточно навязчивым и жёстким морализмом: «Навязчивый и жёсткий морализм появляется у людей как раз вследствие ослабленного чувства бытия. Ригидный морализм является компенсаторным механизмом, посредством

которого человек убеждает себя принимать внешние санкции, так как у него отсутствует базисная уверенность в какой-либо силе его собственного выбора самого по себе» [6, с. 42]. Следовательно, проблема отсутствия/трансформации «чувства жизни» – это не только глобальный общекультурный феномен, но и возможный предмет социопсихотерапии.

Разработка проблемы

Несмотря на широкое практическое использование, в теоретическом плане «чувство жизни» (в отличие от аналогичной метафоры – «ощущения бытия»⁶) достаточно нечётко (а, в некоторых случаях, и противоречиво) определено в психотерапии. Можно даже сказать, что с этим дело обстоит примерно так, как в известной притче о поисках Ходжей Насреддином потерянного ключа там, где «светлее, да и народу больше». Поэтому попробуем выделить его сущностные для психотерапии признаки.

«Чувство жизни» есть индивидуальное целостное переживание, возникающее и способное быть осознанным при возникновении новых или нарушений («невозможностей», которая, по Ф.Е. Василюку [3], является феноменологической предпосылкой переживания) уже сформированных отношений (с самими собой, другими людьми или окружающим миром). Антропософ Рудольф Штайнер (один из немногих, кто пытался чётко сформулировать определение) писал, что это «такое чувство, с помощью которого мы переживаем жизнь внутри нас, но в основном только тогда, когда она нарушается, когда мы заболеваем, когда нам неприятно или больно в каком-то месте. <...> Когда жизнь протекает здоровым образом, это чувство находится в подсознании...». Именно поэтому в детстве «чувство жизни» переживается нами намного полнее и острее, чем в более взрослом возрасте, когда у многих происходит стереотипизация переживаний⁷. В связи с этим в психотерапии возникновение специфических терапевтических отношений (как и в жиз-

³ В этом смысле весьма интересно сопоставить даты возникновения подобных персонажей (Голем, граф Дракула, граф Калиостро и даже Буратино и т.д.) с историческими циклами, что, однако, выходит за рамки данной статьи.

⁴ Как писал Г. Марсель, характерной чертой западной культуры является «отсутствие онтологического чувства – чувства бытия. Вообще говоря, современный человек пребывает в этом состоянии. И если онтологические потребности вообще его волнуют, то лишь смутно, как неопределенный импульс» (цит. по [6]).

⁵ Анализируя западную культуру в последней четверти XX века, Р. Мэй говорил о том, что «западный человек оказывается в странной ситуации: стоит ему свести что-то к абстракции, как потом приходится убеждать себя в том, что это реально. Это очень тесно связано с чувством изоляции и одиночества, единственным современному Западному миру; так как единственным опытом, который мы позволяем себе считать реальным, является тот опыт, который на самом деле таковым не является. Таким образом, мы отрицаем реальную сущность нашего опыта» [6].

⁶ Мы целенаправленно различаем понятия «чувство жизни» и «чувство бытия», тем самым указывая на их принадлежность к разным уровням христианской антропологии (по Л. Войно-Ясецкому): чувство жизни относится к душе, соответственно, представляя предмет приложения знаний и навыков специалистов по попечению души (психотерапевтов, психиатров, психологов, педагогов), тогда как чувство бытия относится к уровню духа, в связи с чем находится в компетенции специалистов по духовной жизни (священников, философов и т.п.).

⁷ На наш взгляд, поиск новизны и интенсивности «чувств жизни» лежит в основе психологических механизмов формирования как химической, так и межличностной зависимости.

ни – возникновение новых отношений вообще, например, влюблённости) является необходимым, но недостаточным условием для актуализации «чувствия жизни». Как замечает Р. Мэй «...существует весьма распространённое заблуждение, что как только человека принимает другой человек, переживание своего бытия происходит само собой. Это главное заблуждение некоторых форм «терапии, направленной на формирование адекватного представления о себе и окружающих». Позиция «всё, что тебе нужно – это моя любовь и принятие» в жизни и в терапии может способствовать повышенной пассивности. Здесь важным моментом является то, как сам человек – вместе с его сознанием и ответственностью за своё бытие – относится к тому факту, что его могут принять» [6, с. 84].

«Чувство жизни» есть переживание, несущее в себе особый способ непосредственного познания (и самопознания) в психотерапии. Этот признак ещё в конце XIX века был подробно разобран В. Дильтеем в его описательной психологии. Он считал, что поскольку в интеллектуальной деятельности происходит разделение «Я» и объекта, существующих, тем не менее, совместно (что, на сегодня, подтверждается и квантовой физикой), с помощью неё невозможно познать мир, человек всё равно остается чуждым ему. С его точки зрения, познание возможно только на основании переживаний, когда, преодолевая сопротивление внешнего мира нашей воле, мы становимся с ним единым целым. Для психологической модели психотерапии, которая, по меткому замечанию А.С. Кочаряна, представляет «мир, сказок, метафор», мир, к которому непреложимы законы естественнонаучного знания» [1, с. 10], «чувство жизни», таким образом, представляет собой не только альтернативу аналитическому способу познания медицинской модели⁸, но и особый вектор того, что называется личностным ростом. Как объясняет это Р. Мэй: «Моё чувство бытия – это не способность рассматривать внешний мир, составлять мнение о нём, оценивать реальность; это моя способность рассматривать себя как существо, пребывающее в мире, сознавать себя существом, ко-

торое может все это осуществлять. В этом смысле чувство бытия есть непременное условие так называемого «роста эго». В субъектно-объектных отношениях эго выступает субъектом; а чувство бытия залегает на уровне, предшествующем этому противостоянию. Чувство бытия означает не ощущение того, что «я субъект», а ощущение того, что «я существо, которое может, помимо прочего, сознавать себя субъектом происходящего» [6].

Как сложное аутентичное переживание, «чувство жизни» имеет несколько измерений. В работе «Психология переживаний» Ф.Е. Василюк [3] приводит следующую типологию, основываясь на отношении переживания к реальности: «Если гедонистическое переживание отвергает реальность, реалистическое безоговорочно принимает её, ценностное её идеально преображает, то творческое переживание строит (творит) новую жизненную реальность». В связи с этим не каждое возникающее в процессе психотерапии «чувство жизни» является психотерапевтическим. Мало того, «чувство жизни» не всегда переживается как нечто позитивное; поскольку оно существует в паре с «чувством смерти», в значительном количестве случаев оно вызывает сильнейшую тревогу, а, иногда, приводит к обострению симптоматики. В этом смысле очень точно заметил христианский теолог Пауль Тиллих: «Самоутверждение человека тем сильнее, чем больше небытия он может вместить в себя».

Возникающее в процессе психотерапии «чувство жизни» приводит к формированию зрелой (процессуальной) идентичности. Дж. Бьюдженталь [2] выделяет следующие её признаки:

- полная погружённость и сознание жизни как непосредственного процесса переживаний, чувств, мыслей, действий «здесь и теперь»;
- серьёзное и равноценное отношение ко всем сторонам своей жизни⁹,
- автономная субъективность личности¹⁰.

Исходя из выделенных признаков, можно утверждать, что «чувство жизни» одновременно является и конечной целью и средством достижения как данной цели в психотерапии, так и решения частных

⁸ Об этом писал ещё Г. Марсель применительно к психоанализу: «бытие является тем, что противостоит или будет противостоять исчерпывающему анализу переживаний, направленному на сокращение этих переживаний шаг за шагом, до элементов, все более и более лишённых внутренней и важной ценности. (Фрейд в своих теориях пытался осуществить именно такой анализ)» (цит. по [6]).

⁹ «Приняв свою жизнь всерьёз, я открываю многое в своём бытии, что прежде слишком низко оценивал, но теперь могу оценить по достоинству. Тем самым я могу обогатить свою жизнь. Так, я буду уделять внимание своим эмоциям – всем, включая и те, которые раньше старался не замечать, например, страху и гневу, своей фантазии, воображению и переживаниям, которые пытался исключить из жизни, но которые являются частью любой человеческой истории, – разочарованию и неудаче» [2, с. 74].

¹⁰ «Если я допущу, что моя личность окажется привязанной к объективным вещам, я окажусь чрезвычайно уязвимым внешними обстоятельствами и случайностями. Идентичность. Основанная на том, что я сделал, как меня воспринимают, что другие думают обо мне, – это идентичность, привязанная к прошлому. Она может привести к застою и повторяемости в жизни. Только подлинная процессуальная идентичность является живой в настоящий момент и способной к изменению и эволюции вместе с потоком моей жизни» [2, с. 74].

задач работы над отдельными возникающими проблемами. В этом смысле оно пронизывает весь процесс психотерапии, начиная от первого контакта и заканчивая расставанием. Некоторые экзистенциальные терапевты, например, Р. Мэй, формулируют ещё более категорично: «Решение отдельных личностных проблем в ходе психотерапии без переживания того, что «я есть» будет иметь ложный эффект. Новые способности, открываемые в себе пациентом, могут восприниматься им как компенсаторные, как доказательство собственной значимости; несмотря на то, что на более глубоком уровне он уверен, что это не так, поскольку на более глубоком уровне ему всё ещё недостает базовой убеждённости в том, что «я есть», следовательно, мыслю и действую тоже я» [6]. В нашей практике подобное состояние мы обозначаем термином «засыпание» (апеллируя не только к восточным мистическим традициям, но и знаменитым строчкам барда «Ах, как нам хочется, / Как всем нам хочется, / Не умереть, а именно - уснуть...»). Проблема состоит в том, что зачастую запрос клиентов (особенно интеллектуализированных или, наоборот, интеллектуально достаточно ограниченных) как раз и состоит в том, чтобы психотерапевт их «убаюкал», защитил от сенситивности к проявлениям «чувств жизни» (что удачно получается, например, у аналитических видов психотерапии). И тогда психотерапевт невольно попадает в экзистенциальную ловушку выбора между pragmatичными, упрощающими жизнь «облегчением состояния», «адаптации к тяжёлой жизненной ситуации» и усложняющими углублением и расширением проблемы. С нашей точки зрения, момент фокусировки процесса психотерапии на «чувстве жизни» (а не момент его возникновения в процессе, как такового) является точкой бифуркации, определяющей всю дальнейшую эволюцию¹¹ и «жизненность» как таковую.

Приведём случай из практики.

Клиент А., 27 лет. Обратился за помощью в связи с трудностями общения с противоположным полом. С самого начала его манера общения носила напористый «забалтывающий» характер: любыми способами захватывая инициативу и контроль над встречей, он эмоционально и многословно, практически без стеснения, рассказывал о воспоминаниях сексуального опыта детства, гомосексуальных экспериментах в подростковом возрасте и юности, разного рода перверзивных мастурбационных фантазиях, прохождении различных пикаперских тренингов и т.д., хвастался своими знаниями в области разных наук, перебивал и «подхватывал на лету», «договаривал» слова психотерапевта и т.д. Основная идея

взаимоотношений - «нагуляться» (т.е. иметь много одноразового секса «с красивыми молодыми девушками без обязательств, чтобы потом, глядя на жену, не изменять ей и не сожалеть, что у меня не было других женщин или чего-то не попробовал в сексе»). Работая в сфере обслуживания, с его слов, он постоянно оказывался в ситуациях, когда интересные ему женщины так или иначе соблазняли (ходили перед ним в нижнем белье, заигрывали, делали недвусмысленные намеки и т.д.), но его всегда останавливали соображения рационального толка (отсутствие презервативов, подозрение, что они это делают для того, чтобы самоутвердиться или отомстить своему парню и т.д.). В реальности, начиная со старших классов школы, у него были всего лишь одни отношения с девушкой в 19 лет, которые прошли не более двух недель и в которых отсутствовал секс. На все попытки психотерапевта выйти на обсуждение взаимоотношений он реагировал агрессивно, старался перевести тему разговора на что-то другое, упоминал предыдущих психотерапевтов, которые безуспешно пытались сделать то же самое, и требовал «конкретных технологий, которые позволяют парням без денег и внешности иметь шикарных девушек». Когда же психотерапевт упомянул, что его «Я» раздуто, и он существует в некотором параллельном реальной жизни мире нарциссических фантазий, А. вдруг расплакался (что само по себе потрясло его) и чуть ли не с кулаками набросился на психотерапевта - «Что с этим делать?!». Все попытки нащупать биение «пульса жизни» в различных сферах сталкивались с неизменным сопротивлением - «я не знаю», «мне ничего не интересно», «во мне нет ничего интересного другим людям» и т.д. Всё это длилось несколько встреч, сопровождаемое амбивалентными претензиями на то, что «время проходит зря», «мы занимаемся чем-то не тем» и страхом, что психотерапевт, как и предыдущие, бросит его. В один из моментов, когда вроде как совместно была открыта область, представляющая для А. интерес, психотерапевт вдруг заметил на его лице широкую злорадствующую улыбку. Сфокусировав своё и его внимание на ней, он попросил, несмотря на все попытки клиента «заболтать» или «уйти», усилить её. Неожиданно клиент по ощущениям психотерапевта регрессировал до маленького беспомощного мальчика, который внутри радостно прыгал и кричал, что «пусть говорит, мы же знаем, что у тебя ничего не получится, потому что так тебе лучше всего». Когда же психотерапевт попросил его попрыгать и покричать это, в клиенте пошли злость на самого себя в виде этого мальчика и страх что-либо с ним делать. При этом

¹¹ В данном случае эволюция понимается в ее общефизическом значении, т.е. как процесс усложнения и экспансии, происходящий в открытой разнообразной системе (личности), в которую поступает энергия извне (из преобразованных или возникших новых отношений).

он обнаружил, что его грудь дышит глубже и свободнее, а внутри идет возбуждение. Психотерапевт попросил до следующей встречи постараться не потерять контакт с этим мальчиком, не заглушить его своим «большим «Я» и на следующий раз клиент принес понимание того, что происходит с ним: «Я понял, что когда хочу трахать девушек, я хочу трахнуть свою тётку (которая воспитывала его), не для удовольствия, а чтобы она заткнулась и перестала говорить мне те вещи, которые вдавливала в мозг с самого детства». Как выяснилось позже, тётка говорила о том, что «никогда нельзя слушать себя», «надо всегда подстраиваться под других людей», «если будешь слушать своих желаний - покатишься по наклонной и закончишь жизнь под забором, как твой отец» (которого он никогда не видел). Все это А. связывал с тем, что тётка тоже никогда не жила «полноценной жизнью». В результате этого инсайта произошли не только изменения в реальной жизни А. (расширился круг друзей, восстановился в ВУЗ, он начал знакомиться и пытаться строить отношения с девушками не только для секса, но и формирования близких эмоциональных отношений и т.д.), но и сместился вектор психотерапии от решения частной проблемы межличностных отношений к расширению «чувств жизни».

При работе с «чувством жизни» всегда существует опасность «потерять» его в тех или иных теоретических моделях, которых придерживается психотерапевт. Наш интервизионный и супервизионный опыт показывает, что весьма часто «чувство жизни» неоднократно возникает в психотерапии и, порой, даже попадает в фокус психотерапевтической работы, однако точно так же быстро пропадает или игнорируется, когда психотерапевт начинает работать в содержательной парадигме (что, иногда, может быть связано с отсутствием «чувств жизни» в самом психотерапевте). Работа же с «чувством жизни» предполагает веру в саногенность этого «чувствия». В этом смысле присутствие в психотерапии «чувств жизни» является индикатором эволюции процессуально-ориентированной психотерапии, а смещение фокуса психотерапии с содержания на «чувство жизни», как основную тактическую мишень и конечную цель психотерапии, служит свидетельством эволюции психотерапии от естественно-научно-ориентированной дисциплины в сторону искусства, гуманитарного творчества, «метафоры которого психотерапевт строит сам» [1, с. 453].

Поддержание фокуса психотерапии на «чувстве жизни» является и индикатором «зрелости» и «проработанности» личности психотерапевта, а также психотерапевтических изменений, сформировавшихся в процессе. Закрытость или суженность диапазона «чувств жизни» у психотерапевта привносит в процесс не естественную онтологическую тревогу, а сигналы его системы убеждений о жизни, что переживается как напряжение, недоверие к психотерапевтиче-

скому процессу, активизация защитных механизмов со всем вытекающим из этого «техницизмом». Как пишет Э. Миндел: «Состояние напряжения, к примеру, может отражать глубокую убеждённость в том, что жизнь - серьёзная штука. Стремление терапевта подталкивать человека может исходить из уверенности, что люди лучше «растут», если их подталкивать снаружи. Тревога может появиться у клиента, когда он чувствует, что терапевт убеждён, что люди больны и их следует лечить, хочет проделать это с ним. Привычка терапевта сидеть, откинувшись, и быть расслабленным может показывать его веру: лучше уйти с дороги и позволить природе следовать своим курсом. С другой стороны, если то же самое делается равнодушно. Это может свидетельствовать об отсутствии интереса. Юмор в какой-то момент может выражать отстранённое отношение ко всем событиям жизни. Желание терапевта контролировать ситуацию может открывать его веру в то, что природа - хаос и её нужно приручить» [5, с. 26].

Выводы

«Чувство жизни» является уникальным, сложным, целостным и интуитивно понятным человеческим переживанием, трансформации которого выступают мотиваторами и/или симптомами обращения за психотерапевтической помощью, а также критерием завершённости и успешности процесса психотерапии. На сегодняшний день нарушения этого «чувствия» обусловлены целым комплексом глобальных социальных процессов и составляют одну из главных причин психологических нарушений доклинического уровня.

Как предмет психотерапевтической работы «чувство жизни» появляется и осознаётся в ситуации переживания «невозможности» отношений клиента с самим собой, другими людьми или окружающим миром, имеет несколько измерений, представляет собой особый способ познания и способно формировать процессуальную идентичность. В связи с этим в том или ином виде оно пронизывает весь процесс психотерапии, одновременно являясь и конечной целью и средством достижения как данной цели в психотерапии, так и решения частных задач работы над отдельными возникающими проблемами.

Фокусировка психотерапевтического процесса на «чувстве жизни» представляет точку бифуркации, определяющую дальнейший уровень психотерапевтической работы. Наличие/отсутствие (усиление/ослабление) «чувствия жизни» в психотерапии служит индикатором, позволяющим судить об отклонении от аутентичного вектора.

Работа с «чувством жизни» предполагает процессуально-ориентированный подход, исходящий из уверенности в саногенности жизненных процессов и предъявляет определённые требования к «зрелости личности» и профессиональной проработанности психотерапевта.

Список использованной литературы:

1. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. *Психотерапия: Учебник для вузов. 3-е изд-е.* – СПб.: Питер, 2009. – 496 с.
2. Бьюдженталь Д. *Наука быть живым: Диалоги между терапевтами и пациентами в гуманистической терапии / Пер. с англ. А.Б. Шенько.* – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 336 с.
3. Василюк Ф.Е. *Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций.* – М.: Изд-во Московского университета, 1984.
4. Дильтей В. *Описательная психология / Пер. с немец. Е.Д. Зайцевой под ред. Г.Г. Шпета.* – СПб.: Алетейя, 1996. – 160 с.
5. Миндел Э. *Психотерапия как духовная практика / Пер. с англ. И. и Р. Романенко.* – М.: Независимая фирма «Класс», 1997. – 160 с.
6. Мэй Р. *Открытие Бытия. Очерки экзистенциальной психологии.* – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 224 с.
7. Ялом И. *Групповая психотерапия. Теория и практика.* – М.: Апрель-Пресс, 2007. – 576 с.

УДК 616.89

К ПРОГРАММЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПО ТЕМЕ «ЭКСПРЕСС-ПСИХОТЕРАПИЯ»

А.Л. Катков

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

1. Актуальность и цели дисциплины

Масштабные эпидемиологические исследования показывают, что в психотерапевтической помощи каждый момент временно нуждается, как минимум, от 20 до 25% населения.

Исследование структуры и содержания основного запроса на психотерапевтическую помощь среди различных возрастных, профессиональных и других групп населения показывает, что более 90% опрошенных ожидают от психотерапии достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений (улучшения состояния здоровья, самочувствия, качества жизни и др.) в ограниченные временные периоды. Такого рода запросу в наибольшей степени соответствует парaproфессиональная практика целителей, экстрасенсов, магов, колдунов, знахарей и др., которая чаще всего ограничивается 1-3 сеансами, в то время как для проведения даже краткосрочной психотерапии требуется 5-10 сеансов.

Разработанный нами метод полимодальной экспресс-психотерапии во многом устраняет вышеизложенный дефицит в общем поле профессиональной психотерапии. Данный метод точно соответствует ожиданиям клиентов, реализуется в продолжение одной, максимум трех терапевтических встреч, и является весьма эффективным способом первичной психотерапевтической помощи, наиболее востребованной населением.

Основная цель профессиональной подготовки по экспресс-психотерапии – формирование адекватных представлений о теоретических и практических основах полимодальной экспресс-психотерапии, умений и навыков в реализации основных технологических блоков, позволяющих оказывать эффективную первичную психотерапевтическую помощь в медицинских, образовательных и консультативных учреждениях РК.

Особое внимание уделяется специфике оформления психотерапевтической коммуникации (макротехнологической, метатехнологической, структурно-технологической), позволяющей достигать ожидаемых терапевтических результатов в ограниченные временные периоды.

Настоящая программа позволяет строить учебный процесс с учетом профессиональной подготовленности курсантов.

2. Задачи изучения дисциплины

Специалист должен знать:

- теоретические основы ЭП.

Специалист должен уметь:

- выстраивать психотерапевтическую коммуникацию в соответствии с основными макротехнологическими этапами ЭП;

- использовать соответствующее метатехнологическое оформление психотерапевтической коммуникации на каждом макротехнологичеком этапе ЭП;
- адекватно реализовывать специфические стратегии ЭП – стресс-серфинга, керлинга, формирования стыковочного сценария – на этапах психотерапевтической коммуникации;
- идентифицировать существенные признаки и квалифицировать актуальную адаптационную стратегию внесознательных инстанций клиента;
- переводить клиента из защитно-конфронтационного в синергетически-сотрудничающий статус (с соответствующим изменением базисной адаптационной активности внесознательных инстанций клиента и формированием множественной гиперпластики) за счет использования специальных мета-технологий ЭП;
- диагностировать существующую проблему клиента (специальная мишень), а также определять дефицит свойств психологического здоровья-устойчивости (универсальная мишень ЭП);
- устанавливать понятные для клиента взаимосвязи между специальными и универсальными мишенями ЭП, продвигать клиента по «лестнице» инсайтов I-V уровней в ходе реализации диагностического этапа;
- формировать совместно с клиентом уникальный терапевтический проект, точно соответствующий запросу клиента, и (по возможности) включающий компонент работы с универсальными мишенями;
- формировать стыковочный сценарий терапевтических изменений в соответствии с зап-

росом клиента, а также сценарий конструктивной терапевтической динамики в проекции будущего;

- реализовывать основные структурно-технологические блоки ЭП;
- оценивать непосредственный результат ЭП по вербальным и невербальным реакциям клиента;
- завершать психотерапевтическую сессию с акцентированным подкреплением позитивного результата в будущем.

Специалист должен иметь представление и первичный опыт в сфере:

- интервизорской практики в ЭП;
- участия в тематической балинтовской группе;
- психотехнического анализа профессиональной работы (полноценной психотерапевтической сессии или какого-либо фрагмента);
- формирования профессионального маршрута в специфике ЭП.

3. Основными методами подготовки курсантов являются:

- **лекции** (освоение теоретического материала);
- **семинары** (освоение теоретического и практического материала);
- **практика:** мастер-класс преподавателя; личная терапия курсантов в режиме ЭП; интервизорская практика; практика психотехнического анализа разбора случая в формате балинтовской группы; участие в терапевтическом процессе в качестве основного терапевта с супервизорской поддержкой преподавателя (включенная супервзия).

4. Учебно-тематический план по циклу тематического усовершенствования: «Экспресс-психотерапия»

№№ п/п	Учебные блоки	Количество учебных часов			Всего часов
		лекции	семинары	практика	
1	Теоретические и практические основания экспресс-психотерапии	6	2	4	12
1.1	Лекция: Теоретические и практические основания экспресс-психотерапии (основные концепты)	3			
1.2	Мастер-класс: Практика личной терапии в группе курсантов с иллюстрацией основных концептуальных положений ЭП			2	
1.3	Семинар: Психотехнический анализ терапевтического процесса в ЭП с разбором основных концептов и принципов ЭП		1		
1.4	Лекция: Теоретические и практические основания экспресс-психотерапии (основные концепты: статус клиента; статус терапевта; особенности макротехнологического и метатехнологического оформления коммуникации)	3			

Продолжение таблицы

№№ п/п	Учебные блоки	Количество учебных часов			Всего часов
		лекции	семинары	практика	
1.5	Мастер-класс: Практика личной терапии в группе курсантов. Практика интервизации с иллюстрацией основных принципов макротехнологического и метатехнологического оформления ЭП			2	
1.6	Семинар: Психотехнический анализ терапевтического процесса; интервизорская оценка макротехнологий и мета-технологий в ЭП		1		
2	Структурированные техники экспресс-психотерапии	3	1	8	12
2.1	Лекция: Правила конструирования проекта терапии в ЭП	1			
2.2	Мастер-класс: Практика личной терапии в группе курсантов; интервизорская практика с иллюстрацией правил конструирования индивидуального проекта терапии в ЭП			5	
2.3	Лекция: Основные структурированные техники, рекомендуемые к использованию в ЭП	2			
2.4	Зачетная практика клиентской терапии в группе курсантов с супервизорской поддержкой (включенная супервзия) преподавателя, использованием рекомендуемого технического репертуара			3	
2.5	Семинар: Психотехнический анализ процесса ЭП; супервизорская оценка структурированного технологического блока ЭП		1		
3	Инструменты достижения устойчивых ресурсных состояний в ЭП	3	1	2	6
3.1	Лекция: Концепция устойчивого ресурсного состояния в ЭП	3			
3.2	Мастер-класс: Практика личной терапии в группе курсантов; практика интервизации с акцентом на стратегию достижения устойчивых ресурсных состояний			2	
3.3	Семинар: Психотехнический анализ процесса ЭП; интервизорская оценка технологий достижения устойчивых ресурсных состояний в ЭП		1		
4	Психотехнологическое оформление метафорического и игрового пространства в ЭП	3	1	2	6
4.1	Лекция: Ключевые моменты, фазы и технологии сказкодрамы, мифодрамы, притчедрамы в ЭП	3			
4.2	Зачетная практика клиентской терапии в группе курсантов с акцентом на формирование устойчивых ресурсных состояний, с супервизорской поддержкой (включенная супервзия) преподавателя			2	
4.3	Семинар: Психотехнический анализ процесса ЭП; супервизорская оценка технологий достижения устойчивых ресурсных состояний		1		
Экзамен					2
Всего		15	5	16	54

5. Тематический план лекций

№№ п/п	Наименование темы лекции	Краткое содержание	Кол-во часов
1	Блок «Теоретическое и практическое основание экспресс-терапии»		6
1.1	Теоретическое и практическое основание ЭП (основные принципы)	Общий обзор теоретических оснований ЭП. Гипотеза деморализации Дж.Д.Франка (1996). Состояние деморализации. Основные проявления синдрома деморализации. Психотерапия как технология противодействия деморализации (К.Ш. Остед, Дж.Д. Франк, Ж. Лакан). Ключевые механизмы применений в процессе терапии по К. Гравэ (1997). Концепция двухуровневой терапевтической коммуникации. Основной психотерапевтический эффект. Ключевые механизмы формирования основного психотерапевтического эффекта в ЭП. Базисные стратегии вне-сознательных инстанций. Понятие множественной гиперпластики. Двухуровневая развивающая коммуникация. Функциональные характеристики глубинного уровня психотерапевтической коммуникации. Универсальные механизмы глубинного уровня. Структурно-технологический уровень развивающей коммуникации. Функциональные характеристики. Универсальные механизмы структурно-технологического уровня. Результирующие принципы ЭП.	3
1.2	Теоретические и практические основания ЭП (основные компоненты и особенности технологического оформления коммуникации)	Актуальные характеристики статуса клиента. Динамика статуса клиента: от деморализации к ресурсному состоянию. Основные диагностические признаки формирования первичного ресурсного статуса клиента. Трудные клиенты (по О. Кернбергу, А. Беку, М. Мицлеру, Дж. Коттлеру). Стратегия психотерапевтической работы с трудными клиентами. Актуальные характеристики статуса терапевта. Личные качества. Отношение к клиенту. Профессиональные качества. Четырехкомпонентная стратегия подготовки профессиональных психотерапевтов. Определение психотерапевтических техник. Классификация психотерапевтических технологий в ЭП. Макротехнологии – этапы психотерапевтической коммуникации в ЭП. Стандартные метатехнологии ЭП. Соотношение макро- и метатехнологий в практике ЭП.	3
2	Блок «Структурированные техники экспресс-терапии»		3
2.1	Правила конструирования проекта терапии в ЭП	Необходимые предварительные условия, обеспечивающие гиперпластику и гиперпротекцию технических действий. Актуализация ресурсного личностного статуса клиента. Эффективная реализация триады Гравэ. Этапы конструирования проекта терапии. Генерация основной терапевтической идеи при максимальном участии клиента. Обогащение и детализация избранного проекта терапии. Формирование основного сценария желательных терапевтических изменений в эмоциональной, когнитивной, поведенческой сферах. Начало, сопровождение и завершение технологического проекта. Метатехнологическая поддержка. Интерпретация верbalных и неверbalных сигналов клиента в ходе реализации терапевтического проекта. Позитивное подкрепление активности клиента. Формирование стыковочного сценария конструктивных изменений в будущем.	1
2.2	Основные структурированные техники в ЭП	Структурированные техники ЭП, направленные на актуализацию личностного статуса Я-ресурсный. Техника двойной диссоциации. Техника проработки актуальных личностных статусов «матрешка». Техника формирования ресурсного личностного статуса в проекции будущего	2

Продолжение таблицы

№№ п/п	Наименование темы лекции	Краткое содержание	Кол-во часов
		«линия времени». Техника изменения метапозиции по отношению к вектору прошлого-будущего «ресурсный разворот». Технология стресс-серфинга. Техника «присутствие духа». Структурированные технологии, направленные на коррекцию эмоционального опыта. Техника катартического отреагирования. Техника эмоционального переформирования (вариант эмоционально-образной психотерапии). Техника отреагирования обиды и принесения вины. Техника эмоционального защемления. Парадоксальная интенция по В. Франклу. Структурированные техники с акцентом на расширение когнитивного репертуара. Проблемно-ориентированная терапия П. Вацлавика. Техника «Витязь на распутье». Экспресс-вариант когнитивной психотерапии А.Бека, А.Эллиса. Техника «информационной прививки». Техника экспрессивного мифо-дизайна. Общий обзор структурированных техник, основанных на прямом контакте с внесознательными инстанциями клиента. Результирующие характеристики экспресс-психотерапии.	
3	Блок «Инструменты достижения устойчивых ресурсных состояний»		3
	Концепция устойчивого ресурсного состояния в ЭП	Определение здоровья. Компоненты соматического, психического, психологического здоровья. Ключевые характеристики ресурсного состояния субъекта и базисные условия конструктивной динамики данных характеристик. Жизненные кризисы по Э. Эриксону и варианты реализации потребностного цикла. Функциональная концепция психологического здоровья-устойчивости к агрессивным факторам среды. Дополнительные жизненные ресурсы, необходимые для реализации конструктивных жизненных сценариев. Этапы формирования психологической устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды. Компоненты ресурсного статуса субъекта. Ресурсная метапозиция по отношению к основным экзистенциалам бытия по И. Ялому. Ресурсная мета-позиция по отношению к основным агентам со-бытия. Ресурсная метапозиция в межличностных отношениях по Э. Берну. Основные инструменты достижения универсальных целей ЭП. Сценарный анализ. Метафора. Игра. Сложные формы реализации пространства метафоры-игры: дроменон, сказодрама, мифодрама, притчедрама. Задачи сценарного анализа в ЭП. Ключевые вопросы сценарного анализа. Психотехнический анализ основных терапевтических механизмов пространства метафоры в ЭП. Психотехнический анализ основных психотерапевтических механизмов игровой практики в ЭП.	3
4	Блок «Психотехнологическое оформление метафорического и игрового пространства в ЭП»		3
	Ключевые механизмы, фазы и технологии сказодрамы, мифо-драмы, притчедрамы в ЭП	Ключевые позиции в формировании сказочно-мифологического сюжета. Фазы реализации терапевтического проекта, направленного на формирование устойчивых ресурсных состояний. Этапы формирования терапевтического сюжета. Фаза проработки основных психотерапевтических приемов (блоков). Фаза реализации терапевтического сюжета. Фаза обмена чувствами. Универсальные роли в сказочных, мифологических сюжетах. Типичные ситуации в формировании сказочно-мифологического сюжета. Специальные метатехнологии ЭП, используемые в сказочных и мифологических сюжетах. Структурированные психотерапевтические техники, используемые в сказодраме, мифодраме. Популярные сказочно-мифологические сюжеты. Наиболее востребованные терапевтические сюжеты. Основные используемые модальности.	3

6. Тематический план семинаров

№№ п/п	Наименование тем семинаров	Краткое содержание	Кол-во часов
1	Блок «теоретические и практические основания экспресс-психотерапии»		2
1.1	Психотехнический анализ терапевтического процесса в ЭП с разбором основных концептов и принципов ЭП	Основные принципы анализа психотерапевтической коммуникации. Интервизорская оценка. Супервизорская оценка. Сущностные фрагменты – мишени анализа терапевтической коммуникации. Макротехнологический фрагмент. Метатехнологический фрагмент. Фрагмент структурированных психотерапевтических технологий и психотерапевтического проекта. Фиксация ключевого момента переключения базисных адаптационных стратегий внесознательных инстанций клиента от конфронтационной к синергетической. Фиксация редукции синдрома деморализации и формирования признаков первичного ресурсного статуса клиента. Анализ метатехнологий и структурированных техник, используемых для обеспечения данного важнейшего промежуточного результата ЭП. Множественная гиперпластика, как основное условие гиперпротекции структурированных технических действий. Анализ универсальных механизмов глубинного уровня терапевтической коммуникации как способа управления адаптационной активностью внесознательных инстанций клиента (на примере конкретной терапевтической сессии).	1
1.2	Психотехнический анализ терапевтического процесса; интервизорская оценка макротехнологий и метатехнологий ЭП	Анализ макротехнологического оформления основных этапов ЭП на примере конкретной терапевтической сессии. Метатехнологии ЭП на этапе установления контакта. Метатехнологии ЭП на диагностическом этапе. Метатехнологии ЭП на этапе обсуждения технологических проектов. Метатехнологическое сопровождение реализации индивидуального проекта терапии. Метатехнологии на этапах отслеживания результатов и завершения терапевтической сессии. Анализ соотношения макротехнологического и метатехнологического оформления ЭП на примере конкретной терапевтической сессии.	1
2	Блок «Структурированные техники экспресс-психотерапии»		1
2.1	Психотехнический анализ процесса ЭП; супервизорская оценка структурированного технического блока ЭП	Анализ реализации стратегии «керлинга» на примере конкретной терапевтической сессии. Анализ метатехнологического стимулирования креативной активности клиента. Ключевые «подсказки» клиента. Варианты технологического оформления ожиданий клиента. Адекватность предложенного проекта терапии. Оформление стыковочного сценария. Невербальные сигналы «утверждения» терапевтического проекта внесознательными инстанциями клиента. Акцентированное начало реализации технологического блока. Пошаговая реализация структурированных техник с позитивным подкреплением активности клиента. Акцентированное завершение сессии. Оценка эффективности реализованного технологического блока. Соотношение и динамика власти-свободы в гиперпластическом пространстве ЭП. Экологический анализ завершенной психотерапевтической сессии. Возможность получения информации от «внутреннего» супервизора.	1
3	Блок «Инструменты достижения устойчивых ресурсных состояний в ЭП»		1
	Психотехнический анализ процесса ЭП; интервизорская оценка технологий достижения устойчивых ресурсных состояний в ЭП	Анализ продвижения по универсальным мишеням ЭП (форсированная актуализация и развитие свойств психологического здоровья-устойчивости) на примере конкретной терапевтической сессии. Диагностика уровней психологического здоровья в ходе сценарного анализа. Выстраивание универсальных мишеней ЭП. Формирование сюжетного плана терапии, включающего пошаговую работу с дефицитами соответствующих психологических характеристик клиента. Анализ реализации техник – «окон», терапевтических проектов-«окон», раскры-	1

Продолжение таблицы

№№ п/п	Наименование тем семинаров	Краткое содержание	Кол-во часов
		вающихся как в сторону специфических мишеней ЭП (заявленных проблем клиента), так и в сторону универсальных мишеней ЭП (характеристики устойчивого ресурсного состояния клиента). Анализ промежуточных индикаторов эффективности по завершению терапевтической сессии.	
4	Блок «Психотехнологическое оформление метафорического и игрового пространства в ЭП»		1
	Психотехнический анализ процесса ЭП; супervизорская оценка достижения устойчивых ресурсных состояний	Анализ продвижения по ключевым позициям в формировании и реализации сказочно-мифологического сюжета на примере конкретной терапевтической сессии. Анализ выстраивания и продвижения по 4-м обязательным фазам терапевтического проекта. Реализация этапа формирования сказочно-мифологического сюжета. Соответствие личной истории клиента. Идентификация терапевтических мишеней. Адекватность выстраивания механизмов достижения терапевтических целей. Реализация фазы проработки психотерапевтических приемов (репетиция ролей, действий и пр.). Многоплановый подход. Стимуляция и позитивное подкрепление креативной активности клиента. Метатехнологическое сопровождение. Фаза реализации терапевтического сюжета. Акцентированное начало. Пошаговая реализация терапевтического сюжета с метатехнологическим сопровождением. Анализ промежуточных индикаторов эффективности реализации терапевтического сюжета. Анализ поведения фазы обмена чувствами. Оценка адекватности выстраивания последовательности высказываний в системе: клиент-артисты-зрители. Оценка эффективности простраивания сценария позитивных изменений в будущем. Итоговая супervизорская оценка достижений и дефицитов в анализируемой терапевтической сессии.	1

7. Тематический план практических занятий

№№ п/п	Наименование тем практических занятий	Краткое содержание	Кол-во часов
1	Блок «Теоретическое и практическое основание экспресс-психотерапии»		4
1.1	Мастер-класс: Практика личной терапии курсантов с иллюстрацией основных концептуальных положений ЭП	Обсуждение в группе курсантов формата практического занятия, проводимого в режиме «психотерапевтической лаборатории». Правило конфиденциальности. Правило стоп-кадров. Диагностический стоп-кадр. Стоп-кадр при обсуждении терапевтической стратегии и видов помощи. Роль и статус клиента в ходе поведения дидактических стоп-кадров. Правило экологической безопасности клиента. Модель группового терапевта. Терапевтическая функция внутреннего круга. Интервизорская функция внешнего круга курсантов. Правило «увеличительного стекла» и «замедленной съемки» как возможность детальной проработки наиболее значимых фрагментов в терапевтической сессии. Создание банка психологических проблем для проведения личной терапии в группе курсантов. Выбор клиента для проведения терапевтической сессии. Формирование внутреннего и внешнего круга. Инструктаж. Реализация терапевтической сессии с акцентом на выстраивание терапевтических мишеней и последующую работу с ними. Иллюстрация основных концептуальных положений ЭП.	2

Продолжение таблицы

№№ п/п	Наименование тем практических занятий	Краткое содержание	Кол-во часов
1.2	Мастер-класс: Практика личной терапии в группе курсантов; практика интервизации с иллюстрацией основных принципов в макротехнологического и метатехнологического оформления ЭП	Оценка состояния участников терапевтической группы. Обсуждение состояния клиента предыдущей терапевтической сессии. Обратная связь от клиента. Оценка невербальных признаков конструктивной динамики статуса клиента. Закрепление правил проведения учебной терапевтической сессии в режиме «психотерапевтической лаборатории». Поведение разогревающей техники на достижение сплочения в группе. Выбор клиента из группы курсантов. Формирование и инструктаж внутреннего и внешнего круга. Реализация учебной терапевтической сессии с иллюстрацией макротехнологических и метатехнологических подходов, используемых в ЭП. Акцентированная проработка данных подходов в режиме стоп-кадров (диагностического и терапевтического).	2
2	Блок «Структурированные техники экспресс-психотерапии»		8
2.1	Мастер-класс: Практика личной терапии в группе курсантов; интервизорская практика с иллюстрацией правил конструирования индивидуального проекта терапии в ЭП	Оценка состояния участников терапевтической группы. Обсуждение состояния клиентов предыдущих учебных терапевтических сессий. Обратная связь от клиентов. Оценка невербальных реакций и признаков конструктивной динамики статуса клиентов. Проведение разогревающей техники на сплочение группы. Выбор клиента из группы курсантов. Формирование и инструктаж внутреннего и внешнего круга. Реализация учебной терапевтической сессии с иллюстрацией правил конструирования индивидуального терапевтического проекта в ЭП. Акцентированная проработка данных правил в режиме стоп-кадров (диагностического и терапевтического).	5
2.2	Зачетная практика клиентской терапии в группе курсантов с супервизорской поддержкой (включенная супервизия) преподавателя, использованием рекомендованного технического репертуара	Оценка состояния участников терапевтической группы. Обсуждение состояния клиентов предыдущих учебных терапевтических сессий. Обратная связь от клиентов. Оценка невербальных реакций и признаков конструктивной динамики статуса клиентов. Проведение разогревающей техники на облегченное вхождение курсантов в терапевтическое пространство. Распределение курсантов на микрогруппы с выбором терапевта, клиента и интервизоров. Инструктаж по проведению практики клиентской терапии в микрогруппах. Разъяснение сути супервизорской поддержки (включенная супервизия) преподавателя терапевтам в каждой микрогруппе. Реализация зачетной практики клиентской терапии с прохождением 2-х, 3-х терапевтических сессий в каждой микрогруппе, с акцентом на использование рекомендуемого технического репертуара. Супервизорская поддержка в режиме стоп-кадров (диагностического, терапевтического).	3
3	Блок «Инструменты достижения устойчивых ресурсных состояний»		2
	Мастер-класс: Практика личной терапии курсантов; практика супервизии с акцентом на стратегию достижения устойчивых ресурсных состояний в ЭП	Оценка состояния участников терапевтической группы. Обсуждение состояния клиентов предыдущих учебных терапевтических сессий. Обратная связь от клиентов. Оценка невербальных реакций и признаков конструктивной динамики статуса клиентов. Проведение разогревающей техники «креативного штурма» на активизацию творческих способностей курсантов. Выбор клиента из группы курсантов. Формирование, инструктаж внутреннего и внешнего круга. Реализация учебной терапевтической сессии с иллюстрацией стратегии достижения устойчивого ресурсного состояния в ЭП. Акцентированная проработка данной стратегии в режиме стоп-кадров (диагностического и терапевтического).	2

Продолжение таблицы

№№ п/п	Наименование тем практических занятий	Краткое содержание	Кол-во часов
4	Блок «Психотехнологическое оформление метафорического и игрового про-странства в ЭП»		2
	Зачетная практика клиентской терапии в группе курсантов с акцентом на формирование устойчивых ресурсных состояний, супервизорской поддержкой преподавателя	Оценка состояния участников терапевтической группы. Обсуждение состояния клиентов предыдущих учебных терапевтических сессий. Обратная связь от клиентов. Оценка невербальных реакций и признаков конструктивной динамики статуса клиентов. Проведение разогревающей техники на активизацию креативных способностей курсантов. Распределение курсантов на микрогруппы с выбором терапевта, клиента, арт-группы, зрителей - интервьюеров. Инструктаж по проведению клиентской терапии с акцентом на формирование устойчивых ресурсных состояний (сказодрамы, мифодрамы, притчедрамы). Реализация зачетной практики клиентской терапии с прохождением 1-2 терапевтических сессий в каждой микрогруппе, с акцентом на рекомендаемое психотехнологическое оформление метафорического, игрового пространства ЭП. Супервизорская поддержка в режиме стоп-кадров (диагностическая, терапевтическая).	2
	Экзамен		2
	Всего		16

8. Методика оценки знаний

Базисный, итоговый контроль знаний с использованием тестовых вопросов и учетом результатов зачетной практики клиентской терапии. Знания и умения слушателей оцениваются отметкой «зачтено».

Заключение

Наш опыт подготовки курсантов по профилю экспресс-психотерапии, проводимой с использованием вышеприведенной программы, показал,

что данный курс следует рассматривать как предпосылку к обозначенному психотерапевтическому разделу. В ходе чего курсанты определяют свои реальные и потенциальные возможности к профессиональной деятельности в формате экспресс-психотерапии.

Однако в любом случае полученные знания-умения в сфере проведения экспресс-психотерапии способствуют повышению профессиональной эффективности участников тематических циклов.

Список обязательной и дополнительной литературы

Обязательная литература:

1. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. *Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией*. - Павлодар, 2003. – 267с.
2. Катков А.Л. Полимодальная экспресс-психотерапия. // Профессиональная психотерапевтическая газета // К Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г. – 2011. - № 11.
3. Катков А.Л. О стратегии стресс-серфинга в полимодальной экспресс-психотерапии // Ж. Психотерапия. – 2011. - № 10, Спецвыпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г.
4. Катков А.Л. О подготовке сертифицированных специалистов по курсу экспресс-психотерапии // Ж. Психотерапия. – 2011. - № 10, Спецвыпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г.
5. Катков А.Л. Макротехнологическая структура полимодальной экспресс-психотерапии // Ж. Психотерапия. – 2011. - № 10, Спецвыпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г.
6. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия // Ж. Психотерапия. – 2011. - № 10, Спецвыпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиации», г. Москва, Россия, 7-9.10.2011 г.

Дополнительная литература:

1. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии // Ж. Психотерапия. – Москва, 2008. – 300 с.
2. Нардонэ Дж., Вацлавик П. Искусство быстрых изменений. - Москва: из-во Института психотерапии, 2008. – 189 с.

-
-
3. Нардонэ Дж., Сальвини А. *Магическая коммуникация*. – Москва: Рид Групп, 2011. – 158 с.
 4. Гулдинг М.М., Гулдинг Р.Л. *Психотерапия нового решения*. - Москва: Независимая фирма «Класс», 1997. – 276 с.
 5. Блазер А., Хайм Э., Рингер Х., Томмен М. *Проблемно-ориентированная психотерапия*. – Москва: Класс, 1998. – 265 с.
 6. Ермошин А. *Вещи в теле*. – Москва: Класс, 2004. – 316 с.
 7. Фитцжеральд Р. *Эклектическая психотерапия*. – Питер, 2001. – 320 с.
 8. Гарфилд С. *Практика краткосрочной психотерапии*. – Питер, 2002. – 255 с.
 9. Кейд Б., О'Хэплон В.Х. *Краткосрочная психотерапия*. – Москва, 2001. – 233 с.
 10. Лазарус А. *Краткосрочная мультимодальная психотерапия*. – СПб.: Речь, 2001. – 255 с.
 11. Шнэррер П. *Введение в ориентированный на решение подход и системные структурные расстановки*. – Москва: Институт консультирования и системных решений, 2011. – 160 с.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ОСОБЕННОСТИ КРАТКОСРОЧНЫХ ПОДХОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЗАВИСИМОСТЯХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Ж.К. Мусабекова

руководитель отдела биостатистики РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)

Краткосрочные подходы психотерапии и психологического консультирования используются для развития немедленных изменений в поведении клиента и, что важно, осмысленного понимания им данных изменений. Термин «краткосрочная психотерапия» является результирующей теоретической выкладкой, извлечённой из нескольких терапевтических подходов. Специалисты, использующие принципы краткосрочной терапии в отношении клиентов с проблемами зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), ни в коем случае не умаляют ценности длительных лечебных программ, более того, считают применение тех или иных терапевтических тактик краткосрочной терапии весьма уместными и результативными в общем контексте долгосрочной терапии.

Стоит отдельно дать разъяснение дефиниции «краткосрочные вмешательства (интервенции)». Краткосрочные вмешательства – это практические технологии, направленные на исследование потенциальных проблем и мотивирование клиента на преодоление проблем, связанных со злоупотреблением ПАВ. Краткосрочные вмешательства являются эффективным дополнением лечебных программ зависимостей.

Цели краткосрочных вмешательств (интервенций)

Основной базовой целью любой краткосрочной интервенции является снижение вреда, получаемого в результате злоупотребления психоактивными

веществами. Тогда как *специфическими или промежуточными целями* являются индивидуальные цели каждого отдельного клиента, имеющего свой специфический паттерн потребления, обстоятельства потребления и пр.

Фокусирование внимания на промежуточных целях позволяет получить немедленный результат интервенции и лечебного процесса, какими бы ни были цели долговременной лечебной программы. Промежуточными целями могут быть как освобождение от зависимости в целом, так и снижение частоты потребления в настоящем. Быстрый результат, получаемый в процессе краткосрочных вмешательств, позволяет клиенту дальше находиться в лечебной программе.

Компоненты краткосрочной интервенции

Экспертами принятые ниже следующие принципы «FRAMES», (прим. автора: аббревиатура «FRAMES» в переводе с английского языка на русский язык означает «рамки»):

- обратная связь (Feedback), которая предосставляется клиенту о его персональном риске или вреде;
- ответственность (Responsibility) за изменения возлагается на самого клиента;
- совет (Advice) предоставляется клиницистом;
- набор (Menu) альтернативных самопомогающих моделей поведения или лечебных возможностей также предоставляется клиницистом;

- эмпатический стиль (Empathic style), которого придерживается клиницист;
- самоэффективность (Self-efficacy), как ресурсный потенциал клиента.

Краткосрочная интервенция состоит из пяти основных шагов, включающих в себя компоненты FRAMES, и сохраняющихся на всём протяжении терапии, несмотря на количество сессий или длительность интервенции.

1. Включение информации о рисках развития вреда вследствие употребления ПАВ в общем контексте здоровья.
2. Скрининг и оценка.
3. Проведение обратной связи.
4. Разговор об изменениях и промежуточных целях.
5. Суммирование и подведение итогов.

Неотъемлемые знания и навыки краткосрочной интервенции

Проведение эффективной краткосрочной интервенции требует от клинициста знаний, навыков и способностей, таких как:

- 1) понимание и принятие данной концепции;
- 2) наличие психологических навыков, таких как активное слушание и помочь клиентам в исследовании амбивалентности;
- 3) концентрация на промежуточных целях;
- 4) знания о стадиях изменений, через которые клиент движется, когда думает, начинает, и пытается менять свое поведение.

Краткосрочная терапия

Краткосрочная терапия – это систематический процесс, концентрирующийся на оценке, встречах и быстром выполнении стратегий изменения. Краткосрочная терапия не является лишь эпизодом длительной терапии, а является самостоятельной отдельной модальностью лечения.

Отличие краткосрочной терапии от краткосрочных интервенций состоит в большем количестве сессий. Количество сессий сообщается от 5 сессий (Bloom, 1997) до 40 (Sifneos, 1987), в среднем занимают от 6 до 20 сессий. Отличие краткосрочной терапии от длительной терапии состоит в том, что фокус внимания и клинициста и клиента сосредоточен на настоящей жизни клиента, на специфических изменениях поведения в сравнительно короткое время.

Исследование сравнительной эффективности краткосрочной терапии показало, что результаты краткосрочной терапии не в значительной степени отличаются от результатов долгосрочной терапии.

Однако имеется ряд значимых факторов, влияющих на качество результатов краткосрочной терапии:

- a) лучшие результаты краткосрочной терапии напрямую зависят от навыков клинициста,

полноты оценки и правильности критериев отбора клиентов;

- б) краткосрочная терапия – это ценный подход, но он не должен применяться ко всем слоям населения;
- в) краткосрочная терапия хорошо подходит клиентам, имеющим невысокий уровень платежеспособности или по каким-либо причинам, не имеющим возможности включения в долгосрочные лечебные программы.

Обзор исследований, проведенных для изучения результатов краткосрочной терапии

Исследователем Kahan et al., (1995) всего было проанализировано 43 сообщения в MEDLINE, опубликованных с 1966 по 1985 годы, и 112 статей в EMBASE, опубликованных с 1972 по 1994 годы. Тогда как в последнем систематическом обзоре, проведенном в 1997 г. Wilk et al., (1997) обнаружил около 6000 статей в сети MEDLINE и PsychLIT, опубликованных с 1966 по 1997 годы, из которых отобрал 99 статей с результатами исследований, по которым он вывел критерии, необходимые для более точного анализа. Большинство из отобранных исследований имели выверенную методологию с использованием контрольных групп, адекватными размерами выборки и имели специфические критерии краткосрочных интервенций.

Большинство обзоров заканчиваются выводом о том, краткосрочная интервенция имеет наилучший результат с тщательно отобранными клиентами (Denoff M.S., 1988; Bien et al., 1993; Kahan et al., 1995; Mattick and Jarvis, 1994; Wilk et al., 1997). После изучения результатов 12 контролируемых исследований было выявлено, что при использовании клиницистом стратегий краткосрочной интервенции клиенты чаще обращались за дополнительными специализированными лечебными услугами после первого визита к специалисту или лучше удерживались в программе. Было обнаружено, что нет убедительных доказательств более низкой эффективности краткосрочных технологий в сравнении с длительными вмешательствами для клиентов с химическими зависимостями (Abrams D.B., Naura R.S., 1987; Heather, 1987.)

Bien и соавторы также считают, что клиенты, получившие краткосрочные интервенции, чаще обращаются за лечением, чем те, кто не получал такого вида вмешательств (Bien et al., 1993). К примеру, Wilk and colleagues, изучив результаты рандомизированного исследования, проведенного в учреждениях сети первичной медицинской помощи, обнаружили, что 4000 клиентов с высокими рисками злоупотребления ПАВ снизили в 2 раза риски развития тяжёлых последствий, чем те, кому данный вид интервенций не был проведен (NIAAA, 1999).

Интересные результаты были представлены также в исследовании, проведенном в Швеции (Kris-

tenson et al., 1983, Malmo, Sweden). В исследование были включены только мужчины, получившие рекомендации по снижению количества потребляемого алкоголя. У них впоследствии было обнаружено значительное снижение фермента гаммаглутамилтрансферазы (ГГТ) через 5 лет после проведенной краткосрочной интервенции.

В ещё одном исследовании, финансируемом Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и проведённом в сети учреждений первичной медицинской помощи, исследователи включили 1490 участников, отвечающих критериям тяжёлого потребления (Babor and Grant, 1991; Babor et al., 1994). Все участники были поделены случайным образом на 4 группы: 1) не получавшие интервенции, 2) получившие 5-минутную рекомендацию о снижении потребления алкоголя, 3) получившие простой совет о снижении и 15-минутную краткосрочную интервенцию и руководство по самопомощи, 4) более продолжительное консультирование, которое предоставлялось в течение 3 сессий по 15 минут. Через 9 месяцев мужчины, которые получили какую-нибудь терапию, включая 5-минутный простой совет, сообщили приблизительно в 25% случаев о снижении суточной дозы потребляемого алкоголя, что превысило результаты контрольной группы, не получавшей вмешательства. Особенно значимо то, что мужчины, получившие простые рекомендации, проявили больший интерес к исследованию и своим результатам.

Другим интересным фактом, обнаруженным ВОЗ, является то, что женщины во всех группах, несмотря на получение или отсутствие вмешательства, снизили дозу потребляемого алкоголя. Однако одним из выводов послужила интерпретация, основанная на фактах того, что женщины, участвовавшие в исследовании, проживали в сравнительно богатых странах - Австралии и Соединенных Штатах Америки. Соответственно данный результат не может быть экстраполирован на всю популяцию женщин (Poikolainen K., 1999).

Ещё одно весьма успешное исследование было проведено в первичной сети медицинской помощи. Данный проект был назван TREAT (Trial for Early Alcohol Treatment), в котором 17695 клиентов получили скрининг в 17 учреждениях первичного звена медицинской помощи. Результаты были изучены через 12 месяцев после исследования и показали значимые отличия в сравнении с контрольной группой.

Критерии применения краткосрочной терапии:

- наличие двойного диагноза;
- определение тяжести проблем;
- наличие синдрома зависимости;
- уровень влияния семьи, сверстников и общества;
- предшествующий опыт лечебных эпизодов;
- уровень мотивации клиента;

- ясное понимание краткосрочных и долгосрочных целей клиентом;
- вера клиента в ценность краткосрочной терапии.

Терапия будет более эффективна с теми клиентами, чьи проблемы не столь пролонгированы и теми, кто имеет достаточно прочные связи с семьей, имеет работу или иные связи с обществом. Важно понимать, что клиенты имеют внутреннее сопротивление к лечению, которое приводит к определённому саботированию процесса лечения.

Компоненты эффективной терапии

Несмотря на разнообразие методологических принципов краткосрочной терапии, все эти формы имеют общие характеристики:

- 1) какая бы ни была проблема, фокус результирующей силы направлен на преодоление симптомов, но не причин;
- 2) идентификация целей связана со специфическими изменениями или поведением;
- 3) цели должны быть ясно понятны обоим участникам консультирования, как клиницисту, так и клиенту;
- 4) должны быть немедленные результаты;
- 5) опора на сильные рабочие связи между клиентом и клиницистом;
- 6) терапевтический стиль должен быть максимально активным, эмпатическим и временным директивным;
- 7) ответственность за изменения возлагается на клиента;
- 8) необходимость в повышении самоэффективности клиента и понимания им того, что изменения возможны;
- 9) достижимые результаты должны быть измеримы.

Первая сессия

На первой сессии главными целями для терапевта являются максимальное понимание контекста проблем клиента в его презентации, начиная с раппорта и создания рабочих отношений, и обеспечение начальных интервенций, какими бы малыми они не были.

Клиницист должен собрать как можно больше информации о клиенте, насколько это возможно. Однако важно помнить о конфиденциальности при сборе информации из разных ресурсов.

Клиницист должен идентифицировать и обсудить цели краткосрочной терапии с клиентом уже желательно на первой сессии.

Хотя трезвость или воздержание являются клиническими целями, это должно быть обсуждено с клиентом, а не подразумеваться как само по себе разумеющееся. Трезвость не является единственным допущением для лечения, и клиницист может принять альтернативные цели клиента, такие как

снижение потребления ПАВ или удовлетворение иных потребностей клиента.

Предоставление краткосрочной терапии должно завершаться определением заданий в течение первой сессии, включая:

- обсуждение планов встреч;
- идентификация, приоритизация проблем;
- работа с клиентом по обсуждение рабочего плана и возможных вариантов исходов;
- обсуждение подходов к изменениям, которые могут включать заключение контракта между клиентом и клиницистом;
- получение информации от клиента согласно его представлениям о проблеме злоупотребления;
- понимание ожиданий клиента;
- объяснение контекста терапии, включая процесс и ограничения;
- возможность направления по решению проблем, идентифицированных в процессе терапии и не имеющих возможности по их решению к концу терапии.

Поддерживающие стратегии, завершение терапии

Поддерживающие стратегии должны быть построены в процессе лечения с самого начала. Практик краткосрочной терапии должен продолжать предоставлять поддержку, обратную связь и помочь в определении реалистичных целей. Также терапевт должен помогать клиенту в идентификации триггеров и ситуаций риска, которые могут угрожать продолжающейся трезвости.

Стратегии помощи клиентам:

- а) это обучение клиентов пониманию хронического, повторяющегося характера химической зависимости;
- б) это принятие во внимание тех ситуаций, когда клиент вновь может вернуться к лечению;
- в) это обзор проблем, которые были идентифицированы, но не решены в процессе лечения, и возможность обращения к ним в будущем;
- г) это развитие стратегий для идентификации и совладания с ситуациями высокого риска;
- д) это обучение клиента самопомощи в использовании сильных сторон личности;
- е) это упор на самоэффективность и самоукрепляющие техники;
- ж) это развитие плана для поддержки в будущем, включая группы поддержки, семейную и общественную поддержку.

Завершение процесса терапии должно быть запланировано. Если процесс консультирования клиента, имеющего высокую мотивацию, проходит в интенсивном ритме, то нет необходимости выдерживать запланированное количество сессий.

Характеристики терапевта

Преимущества имеют консультанты (терапевты, клиницисты), имеющие широкие теоретические познания и технические подходы разных направлений краткосрочной терапии. Важно комбинировать элементы различных подходов для получения наиболее успешных результатов.

Терапевт должен весьма осторожно использовать комбинации техник и быть очень чувствительным к культуральным аспектам проводимой терапии. Также важно отличать цели долговременной и краткосрочной терапии в отношении отдельного клиента (Amadeo M., 1990).

Ниже будет представлен краткий обзор некоторых подходов краткосрочной терапии.

Когнитивно-поведенческая терапия

Принципы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) базируются на теории поведения, социального обучения, когнитивной терапии, что в настоящее время неоспоримо является основой для включения в программы лечения лиц, зависимых от психоактивных веществ. Когнитивно-поведенческая терапия используется с самого начала краткосрочной терапии и проходит через весь курс терапии, как самостоятельно, так и в комплексе с другими подходами, например, с 12-шаговой программой.

Технологии когнитивно-поведенческой терапии. Когнитивно-поведенческая терапия является краткосрочным, хорошо методически проработанным и структурированным методом психологической терапии, направленным на развитие навыков контроля над аддиктивными формами поведения у больных с зависимостью от ПАВ в условиях формирования и поддержания ремиссии (Allyn and Bacon, 2005; Керолл К.М., 2008.).

Принципы применения КПТ для потребителей наркотиков основываются на представлении того, что они не имеют достаточных копинг-ресурсов для совладания с ситуациями риска и/или потребления.

КПТ в целом эффективно, потому что помогает клиентам осознать ситуации, в которых привычно потребление наркотиков, и тем самым научиться стратегиям избегания ситуаций риска.

Для достижения этой цели применяются три основных элемента:

- 1) функциональный анализ;
- 2) тренинг копинг-стратегий;
- 3) профилактика срыва.

Вышеназванные мероприятия описаны в ряде публикаций предыдущих лет достаточно полно и развернуто (прим. автора).

Стратегическая терапия

Стратегическая терапия обращается к сильным сторонам личности клиента и активизации персо-

нальных и окружающих ситуаций, в которых успех может быть достигнут.

Основной философией данного подхода является смещение акцента со слабостей клиента на его достоинства или ресурсы. Хотя данный подход больше использовался с клиентами, имеющими значительные психические расстройства, его надёжность также была оценена при терапии клиентов, имеющих проблемы химической зависимости.

Применение терапии. Данный подход применяется в случаях определения ситуаций, которые способствуют злоупотреблению.

Определение шагов, необходимых для контроля или полного прекращения потребления:

- семейная терапия, как способ воздействия на семейную систему, способную к самоисцелению;
- поддержание специфических паттернов поведения, которые способствуют удержанию от срыва и рецидива;
- изучение связей клиента, способствующих или предупреждающих злоупотребление;
- смещение фокуса во взаимоотношениях;
- работа с фобиями и страхами.

В целом данный подход относится к краткосрочным методам, так как занимает от 6 до 10 сессий для отдельного клиента.

Гуманистическая и экзистенциальная терапия

Гуманистическая и экзистенциальная терапия применяет широкий диапазон подходов в лечении лиц, зависимых от ПАВ. Тем не менее, общим результатирующим феноменом является понимание именно человеческого бытия, и акцент сосредоточен на самом клиенте с его индивидуальными лич-

ностными, философскими смыслами, а не на симптомах и проявлениях болезни. Последователи данного вида оказания помощи разделяют данный подход в вере в то, что каждый человек обладает способностью к самопознанию и выбору. Гуманистическая и экзистенциальная терапия могут быть частично применимы в краткосрочном формате при формировании и укреплении терапевтического rapporta в создании альянса терапевт - клиент, повышения самоэффективности в использовании личных ресурсов клиента и повышения ответственности за достижения позитивных результатов.

Применение гуманистической и экзистенциальной терапии. Многие аспекты гуманистической и экзистенциальной терапии (включая сопереживание, поддержка аффекта, отражающее слушание и принятия субъективного опыта клиента) могут быть полезны в любом виде краткосрочной терапии. Они помогают установить контакт и дают все основания для конструктивного взаимодействия в процессе лечения.

Гуманистическая и экзистенциальная подходы могут быть использованы на всех этапах восстановления в создании основы уважения к клиентам и взаимного признания значимости их опыта.

Заключение

Краткосрочные вмешательства и терапия являются необходимыми инструментами, которыми должны овладеть практически все специалисты наркологической системы (наркологи, психотерапевты, психологи, социальные работники) в процессе предоставления услуг лицам с проблемами злоупотребления и зависимости от психоактивных веществ.

Список литературы:

1. Abrams, D.B. and Niaura, R.S. *Social learning theory*. In: Blane, H.T., and Leonard, K.E., eds. *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press, 1987. pp. 131-178.
2. Amadeo, M. *Treating the late life alcoholic: Guidelines for working through denial integrating individual, family, and group approaches*. *Journal of Geriatric Psychiatry* 23(2):91-105, 1990.
3. Babor, T.F., Grant, M., Acuda, W., Burns, F.H., Campillo, C., Del Boca, F.K., Hodgson, R., Ivanets, N.N., Lukomskya, M., Machona, M., Rollnick, S., Resnick, R., Saunders, J.B., Skutle, A., Connor, K., Ernberg, G., Kranzler, H., Lauerman, R., McRee, B. *A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care: Summary of a WHO project*. *Addiction*. 1994; 89(6):657-660. [PubMed: 8069168]
4. Carroll, K.M. & Schottenfeld, T. (1997) *Nonpharmacologic approaches to substance abuse treatment*. *Medical Clinics of North America*, 81, 927-944.
5. Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Gawin, F.H. *A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1991; 17:229-247.
6. Case Monitoring and motivational style brief intervention. In: Hester R., Miller W.R., editors. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. 3rd edn. Boston, MA: Allyn and Bacon; 2005. p. 113-130.
7. Denoff, M.S. *An integrated analysis of the contribution made by irrational beliefs and parental interaction to adolescent drug abuse*. *International Journal of the Addictions*. 1988; 23(7):655-659. [PubMed: 3192338]
8. Heather, N., Campion, P.D. (1987) *Evolution of a control minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme)* *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 37/ p. 358-363.

-
-
9. Kahan, M., Hilson L. (1995) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers a review. *Journal of the Canadian Medical association* 152, 851-853.
 10. Moyer, M.A. Achieving successful chemical dependency recovery in veteran survivors of traumatic stress. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1988; 4(4):19-34.
 11. Poikolainen K. (1999) Effectiveness of brief intervention to reduce alcohol intake in primary health care populations meta-analysis *Preventive Medicine* 28. P. 503-509.
 12. Sanchez-Craig, M. Toward a public health model to preventing alcohol problems. *Addiction*. 1994; 89(6):660-662.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И СИНЕРГЕТИКА. НОВАЯ ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНАЯ ФИЛОСОФСКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА

С.В. Уманский

Курганская областная клиническая больница

В настоящее время существует более семисот разнообразных методов психотерапии, и их число продолжает расти [13]. Однако поиск адекватного психологического воздействия в клинической практике пока не увенчался успехом. До настоящего времени пока не обретено необходимое единство в выборе соответствующей точки зрения и нет надёжной платформы для построения более или менее удовлетворительной клинической теории. Большинство психотерапевтических концепций субъективно ангажированы и умозрительны и в основе своей отражают понимание проблемы с позиции их авторов - создателей.

Отдельной строкой необходимо отметить, что применяемые на практике психотерапевтические приемы и методы достаточно часто влекут нежелательные явления, о чем многие специалисты предпочитают не говорить. При этом в психотерапии принято избегать употребления такого понятия как осложнение, видимо, в силу размытости определения ее задач, как в целом, так и в большинстве конкретных приложений. Впечатляют данные, приведённые G. Mazzoni с соавторами. [21]. В рамках сравнительного контролируемого исследования они выявили факт негативного влияния ортодоксального психоанализа на выживаемость больных раком и ишемической болезнью сердца после 7 лет непрерывного лечения.

Ещё более показательными выглядят исследования Grossarth-Maticek и Eysenck [цит. по 1], в котором они обнаружили, что ортодоксальное психоаналитическое лечение оказывает значительное негативное влияние на выживаемость пациентов, проходивших его. Вероятность смертельного исхода от рака или ишемической болезни сердца (ИБС) соматически здоровых лиц, получавших психоаналитическое лечение более двух лет достоверно выше, чем у такой же лиц, психоанализ не проходящих.

K. Grawe и соавтор. [20] приводят данные о 6 случаях завершённых суицидов и 3 случаях психотических обострений, связанных с психоаналитическим лечением.

Далее следует указать на то, что среди пациентов высок процент немотивированных, вследствие субъективных причин, отказов от прохождения необходимых сеансов психотерапии, на что также большинство специалистов не указывает. По данным Kassinov G. [5], представителя рационально-эмоционально-поведенческой терапии, среднее количество сессий, в которых участвует пациент в США, – равно одной сессии. Таким образом, налицо явное расхождение между реальным положением вещей и декларируемыми успехами психотерапии. Констатируя отсутствие универсальной теории психотерапии, удовлетворительно объясняющей суть происходящего и позволяющей прогнозировать результат, мы, скорее всего, попросту не замечаем очевидного.

Исходя из вышеперечисленного, нельзя не отметить, что дальнейшее развитие психотерапии невозможно представить себе без объективного анализа и интеграции знаний, использования в гуманитарной сфере методологических подходов из области точных наук.

Как считает Laszlo E. «...наиболее плодотворный подход к трансдисциплинарной унификации наук может заключаться в принятии эволюции в качестве основного понятия» [8], а «...методологической основой может явиться синергетика - теория самоорганизующихся систем». Синергетику интересуют общие закономерности эволюции (развития во времени) систем любой природы, которые она способна описывать на интернациональном языке [3].

Синергетический подход позволяет снять некоторые психологические барьеры, страх перед сложными системами. Сверхсложная, бесконечномерная, хаотизированная на уровне элементов среда

может описываться, как и всякая открытая нелинейная среда, по сути, небольшим числом фундаментальных идей и образов. Князева Е.Н. и Курдюмов С.П. [7] считают, что структуры, которые возникают в процессах эволюции, так называемые структуры-аттракторы, описываются достаточно просто. Структуры-аттракторы эволюции, её направленности или цели относительно просты по сравнению со сложным (запутанным, хаотическим, неустойчивым) ходом промежуточных процессов в среде. На основании этого появляется возможность прогнозирования исхода: 1) «из целей» процессов (структур-аттракторов), 2) «от целого», исходя из общих тенденций развертывания процессов в целостных системах (средах), и тем самым 3) из идеала, желаемого человеком и согласованного с собственными тенденциями развития процессов в средах.

Отсюда можно выделить три позиции, которые, на наш взгляд, важны для прогнозирования эволюции в болезни и эффективности психотерапии:

- a) анализ аттракторов (цели реальные и идеальные);
- б) анализ критичности (устойчивости) психосоматического состояния (состояние флюктуации) и тенденций развития патологического процесса;
- в) анализ актуального состояния и желательных изменений, исходя из их понимания пациентом.

Психическая сфера является составной частью гиперсистемы и подчиняется общим синергетическим законам. При этом психика человека выступает как нелинейная открытая система, которая выражается совокупностью структур и сущностей различной природы.

Рассматривая психику человека как самоорганизующуюся эволюционирующую систему, необходимо выявить аттракторы, определяющие эту эволюцию. Но эволюция личности во многом детерминирована социумом и конституцией (биологической составляющей), и в природе они выступают во взаимодействии друг с другом, проявляясь изменениями шкалы ценностей, эволюцией смыслов, предпочтений, поведенческих стратегий.

Среди исследователей нет единого взгляда на выбор жизненного пути и эволюцию личности. Ведущие теоретики личности высказывают диаметрально противоположные взгляды на природу человека, придерживаясь дихотомии, свобода – детерминизм: от полной свободы выбора жизненного пути и самодетерминации личности до полного детерминизма и заранее предначертанной судьбы. Крайними вариантами «жёсткого детерминизма» считаются необихевиоризм Skinner B.F. и психоанализ Freud S., рассматривающий человека как целиком обусловленного его прошлым [18]. Skinner B.F. в оценке жизненного пути утверждал, что человек не распоряжается своей жизнью. В своём исследовании он писал, что «автономный человек – это изобретение, используемое для объяснения того, что мы

не в состоянии объяснить никаким другим образом. Он (автономный человек) возник в результате нашего невежества и по мере того, как растёт наше понимание, исчезает сам материал, из которого он сделан» [22].

Людей как основных творцов своей жизни рассматривают в основном гуманистические теории. Авторы этих теорий считают, что все человечество движется в направлении личностного роста, независимости, социальной ответственности, креативности и зрелости. Однако критики концепции личностного роста считают подобные взгляды, по меньшей мере, заблуждением. Как выразился Holdein J.B.S., личностный рост – это «...не более чем попытка человечества похлопать себя по плечу, это выражение его мании величия».

В терапии нет возможности искать ответ методом проб и ошибок, а «навязать» пациенту необходимое поведение практически невозможно. Поэтому разумнее действовать, опираясь на знание внутренних свойств пациента, законов его развития.

Знание же принципов самоорганизации сложных систем даёт врачам новые надежды. Уже одна синергетическая идея о поле путей развития всякого пациента (являющегося нелинейной системой), даже с самым тяжёлым расстройством, позволяет с оптимизмом смотреть в будущее.

Жизнь человека не является последовательностью событий, связанных причинно-следственными связями. Многим личностям свойственны стремления, которые не укладываются в жёсткие схемы. Согласно синергетическому подходу, жизненный путь человека включает в себя эволюционные и бифуркационные фазы развития. Период эволюционного развития человеческой жизни характеризуется актуализацией детерминационных отношений между человеком как субъектом собственной жизни и объективными жизненными изменениями как следствием активности субъекта. В результате организующего воздействия личности на ход своей жизни на этом этапе жизненного пути достигается устойчивость развития. Бифуркационный период, наоборот, характеризуется непредсказуемостью дальнейшего направления. В это время контроль человека над собственной жизнью ослабевает и усиливается фактор случайности. Смена эволюционного этапа жизненного пути бифуркационным происходит в результате нарастания неравновесия в мотивационно-смысловой сфере личности. Это может быть связано с поисками смысла жизни, несоответствием целей, замыслов человека возможностям их осуществления, со сменой ценностных ориентаций и т.п. Субъективно бифуркационный этап воспринимается как жизненный кризис. Таким образом, на жизненном пути личности сочетаются периоды устойчивого линейного развития и периоды, когда роль случайности в выборе человеком жизненной альтернативы не просто велика, а фундаментальна.

Анохин П.К. [2] считает, что эволюция личности обусловлена «состоянием доминирующей мотивации», которая формируется или на основе исходных гормональных и метаболических превращений организма, или на основе прежней последовательности в поведенческих актах».

Исходя из всего вышеизложенного, с синергетической точки зрения любая нелинейная система (в т.ч. человек) эволюционируя, стремится к самосохранению (через адаптацию и самоорганизацию). По Бергсону А. [4] приоритет деятельности системы всегда направлен на актуальность собственного её существования. В этом случае аттрактором выступает инстинкт самосохранения. Напряжённость этой составляющей в разные периоды жизни может быть различной.

Психологическая составляющая человекосистемы представляет собой структуры-аттракторы в виде сознательно поставленных целей, исходящих из потребностей личности. Эта составляющая может меняться как от внутренних, так и от внешних факторов. В процессе жизненного пути эти составляющие взаимодействуют между собой, создавая потенциальное множество путей эволюции. Эволюция человека и динамика событийного плана выстраиваются в субъективную модель жизненного пути личности.

Таким образом: 1. У каждого человека потенциально существует множество путей эволюции. 2. Не любые пути эволюции будут самоподдерживаться человеком, а только те, которые потенциально заложены в нём и отвечают его собственным тенденциям в данной специфической среде. 3. Направление эволюции, как нечто идеальное, определяется структурами - аттракторами, которые представляют спектр целей эволюции и определяют жизненный путь. 4. Цель-аттрактор – определяет сущность процесса, а его истинное понимание состоит в самоуправлении и направленной самоорганизации в соответствии с поставленной целью. 5. Эволюция личности может быть преемственным и последовательным процессом, благодаря способности человека к активному сохранению изменений, посредством внутреннего и внешнего управления. 6. Эволюционный процесс может переводить человека в совершенно новое состояние, наделяя его новыми качественными и количественными характеристиками.

При этом нужно отметить, что изменения в социальной среде могут приводить к перестройке спектров структур-аттракторов личности, к изменению спектров возможных путей в будущее. Таким образом, в частности, «работает» семейная психотерапия.

Эволюция человека, как личности может рассматриваться как чередование этапов адаптационного развития и катастрофических этапов, приводящих к ее трансформации.

Адаптационное развитие подразумевает изменение параметров системы при сохранении неизменного порядка её организации. Если мы говорим

о психической адаптации, то подразумеваем психическое явление, выражющееся в перестройке динамического стереотипа личности в соответствии с новыми требованиями. Социально-психическая адаптация предполагает оптимизацию взаимоотношений личности и группы, сближение целей их деятельности, ценностных ориентаций, усвоение индивидуумом необходимых норм и традиций [14].

Катастрофные этапы сопровождаются изменением самой структуры исходной системы, её перерождением, возникновением нового качества. При этом новая структура позволяет системе перейти на новую траекторию развития. Критическое (катастрофное) изменение (трансформация личности) может произойти и внезапно «по типу озарения», что будет сопровождаться пересмотром своего мировоззрения. Но не всегда «озарения» протекают гладко и могут сопровождаться индивидуально-психологической и социальной дезадаптацией.

Принципы синергетической психотерапии

Большинство психотерапевтических теорий предопределяет терапевтический процесс, изначально задавая ориентиры, к которым должны стремиться врач и пациент. В синергетической психотерапии лечебный процесс трансформируется и приобретает форму самоуправляемого развития личности пациента.

В синергетической психотерапии основной акцент делается на организацию психотерапевтического альянса. Когда же он установлен, врач и пациент образуют новую систему, в которой воздействие оказывается на пациента как бы изнутри. И, хотя формирование альянса и воздействие в процессе реальной психотерапии идут параллельно, мы для наглядности намеренно разделили их.

Принципы построения психотерапевтического альянса

Основными принципами построения терапевтического альянса являются антропоцентризм, безусловное приятие пациента и подстройка к нему. При этом врач всегда активен и иерархически доминантен.

Базовый принцип антропоцентризма заключается в том, что пациент должен понимать и чувствовать правильность оценки врачом его болезненных симптомов и проблем, признание их важности и серьёзности.

Перед психотерапевтом, который вступает во взаимодействие с пациентом, всегда встаёт проблема совместного развития, проблема коэволюции. С позиций синергетики врачу неправомерно навязывать своё видение проблем пациента и путей их решения. «Путь «спасения мира» не может состоять в подавлении иных мировоззрений и образов жизни» [6].

В соответствии с общими закономерностями самоорганизации сложноорганизованным систем-

мам нельзя навязывать пути их развития. Врач-психотерапевт должен ориентироваться на индивидуальные естественные тенденции развития своего пациента и научиться попадать посредством психотерапии с ним в резонанс.

Приятие, то есть спокойное доброжелательное отношение, поддержка, является одним из «китов» практически любого направления психотерапии.

В терапии врач изначально подстраивается под пациента и пытается вести его в том направлении, где у него имеются максимальные потенции. Только то, что имеет ресурс, может быть актуализировано и поднято на новую высоту. Врач должен быть конгруэнтным (соблюдать принцип фрактальности - подобие в разных масштабах) на всех этапах терапии. Если это идеи пациента (когнитивный уровень), которые, по мнению врача, иррациональны, неверны или просто абсурдны и оказывают негативное действие, он (врач) может увеличить или уменьшить их значимость, но не отвергать их. Если это действия, поступки (поведенческий уровень), то бесполезно запрещать или критиковать их, *при условии, что они не несут за собой тяжелых социальных и личностных последствий*.

Принципы воздействия на пациента

С позиций синергетики для эффективного влияния на пациента психотерапевтическое воздействие не обязательно должно быть мощным, сверхсильным, потрясающим. В первую очередь оно должно следовать основной эволюционной линии развития. Уйти от того, что аутентично для пациента в данный момент, значит, действовать деструктивно, без пользы [5]. Воздействие должно быть «мягким» и топически точным [7].

«Мягкое» управление - это управление посредством «умных» и гармоничных воздействий на управляемую систему (пациента). Слабые, но соответствующие внутренним тенденциям управляемой системы, так называемые резонансные воздействия и влияния, чрезвычайно эффективны [7].

С другой стороны необходимо отметить, что воздействие в кризисной зоне не прогнозируемо. Безопаснее и эффективнее работать в зоне эволюционного развития.

Психотерапевтическое воздействие должно быть ориентировано на позитивное будущее, а не на прошлое. Эффективность психотерапии с позиции синергетики заключаются в оценке степени адаптации пациента (как к внешней, так и к внутренней реальности) или его «чудесном исцелении».

Цель психотерапевтического воздействия – адаптация (через эволюционное развитие) или трансформация личности (через кризис). Процесс адаптации в большей степени контролируем и прогнозируем. Трансформация личности (вариант чудесных исцелений) в процессе психотерапии не контролируется, не предсказуема, и возможность получить негатив-

ный результат во много раз превосходит вероятность позитивного эффекта.

Воздействие можно оказывать двумя путями: психотерапевтически-манипуляционно изменяя микросоциальные условия окружения пациента или воздействовать на него напрямую в психотерапевтическом альянсе.

Контроль над воздействием осуществляется с помощью рефлексии. Под рефлексией в рефлексивной психологи подразумевается процесс «осмысливания, переосмысливания и преобразования субъектом содержаний и форм своего опыта, которые отражают событийность человеческой жизни» [16].

Врач-психотерапевт всегда должен помнить, что изменения в состоянии пациента под действием терапии происходят, таким образом, и в таком темпе, как это видится пациенту, но не врачу. Исходя из этого, врач на основе положительных и отрицательных обратных связях строит терапию: то прокладывая пациенту путь вперёд, то следя за ним.

В основе рефлексии лежат принципы положительных и отрицательных обратных связей. Отрицательная обратная связь призвана создавать устойчивость системе, создавая стабилизирующий эффект, заставляя систему вернуться к состоянию равновесия в случаях отклонения. Положительная обратная связь применяется для усиления позитивных изменений в системе. Она может приводить к раскачке, к уходу системы от равновесия, к неустойчивости, через которую могут произойти изменения. Без неустойчивости нет развития. Врач, используя положительную обратную связь, пытается изменить состояние пациента через его когнитивные, эмоциональные и поведенческие сферы, но часто отрицательная обратная связь от пациента и его микросреды препятствуют новым изменениям. Использование отрицательной и положительной обратной связи даёт возможность врачу управлять терапевтическим процессом.

Осуществляя психотерапевтическое воздействие на пациента, врач должен учитывать влияние двух факторов в нелинейной системе.

Первый – это организующий фактор. В самом общем смысле - это действие нелинейных обратных связей в сложной системе, фактор самовлияния, самовоздействия, самонарастания (или самоослабления) процессов в сложной системе (среде). Причём эти нелинейные положительные (или отрицательные) обратные связи (самовлияния) являются не энергетическими, а селективными и конфигурационными: лишь правильно топологически организованное, резонансное воздействие приводит к значительному усилению (или ослаблению) процессов в среде. Примеры самовоздействий такого рода могут быть самыми различными: возникшая идея сочетается с личностными особенностями субъекта и возникшей ситуацией приводит к мощному эмоциональному подъёму. В психотерапии: внуше-

ние должно органично вплетаться в мировоззренческую систему в целом и в актуальную ситуацию - в частности. (Воздействие не должно быть диаметрально противоположным установкам пациента. Чем по большшим позициям пациент его принимает, тем лучше. Это принцип подстройки, который необходимо соблюдать).

Вторым является рассеивающий фактор. Это могут быть события или явления, ослабляющие действие организующего фактора (травмы, болезни, негативные трагические события, появление новой значимой информации и т.п.). Рассеивающий фактор означает влияние процессов, протекающих на микроуровне на эволюцию структур на макроуровне. Этот фактор многофункционален: он может выступать: а) как сила, выводящая на структуру-аттрактор эволюции; б) как способ перехода между различными режимами эволюции, скажем, режимом быстрого роста и режимом ослабления интенсивности процессов; в) как фактор когерентности, установления связи между структурами, согласования структур, развивающихся в разном темпе, в единое целое (целостную эволюционирующую структуру).

Конкуренция между этими двумя факторами - действием нелинейных обратных связей и диссипативными, рассеивающими процессами - приводит к различным режимам развития процессов в нелинейных системах (средах).

Сложный спектр структур-аттракторов может существовать лишь при определенном сочетании, тонком гармоничном равновесии действия этих факторов в нелинейной системе (среде).

Поддерживать аттрактор (идею) в активном состоянии достаточно сложно. Организационная структура - ситуация должна находиться в стабильном состоянии. Должно пройти достаточно длительное время, чтобы произошла эволюция. При изменении одной ситуации могут появиться другие аттракторы. В неустойчивых системах может быть частая смена аттракторов. Однако генеральный аттрактор, определяющий эволюцию личности, достаточно устойчив и должны произойти очень мощные воздействия, чтобы изменить эволюцию личности. Длительное нахождение пациента в терапевтически трансформированной ситуации может привести к изменению эволюции. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что длительное воздействие, направленное на поддержание актуальных аттракторов способно изменить эволюцию личности. Долгосрочная психотерапия эффективнее краткосрочной психотерапии.

Характеристики воздействия:

Врач должен знать, что психофизиологические ресурсы пациента ограничены и могут изменяться лишь в определенных пределах.

«Диапазон приемлемости» - новый термин для психотерапии. Он означает, что изменения происходят так быстро (темп), в таком виде (качество) и

столько (количество), как это внутренне (осознанно - неосознанно) позволяет пациент. «Какие бы объективные, чёткие и правильные инструкции мы пациенту не давали, их реализация будет идти со скоростью, присущей данному человеку, или не будет, если внутренние условия не будут соответствовать внутшаемым инструкциям» [5]. В психотерапии нельзя навязывать пациенту план выздоровления. Динамика изменений состояния пациента и последовательность исчезновения болезненных симптомов определяется эволюцией личности пациента и его «внутренней логикой».

А. Лэнгле по этому же поводу сказал: «Психотерапия может ровно столько, сколько пациент в состоянии привнести в терапевтическую ситуацию из своих ресурсов, и ровно настолько, насколько глубоко он может чувствовать и проживать в этих условиях свою проблему» [11].

Антрапность заключается в том, что пациент должен понимать, что на него оказывают специфическое лечебное воздействие. Часто рациональная психотерапия или разговорная неструктурированная психотерапия не воспринимается как лечение. В таких случаях пациент не откликается на семантическое (смысловое) воздействие. Гипноз же чаще всего воспринимается как специфическое энергетическое воздействие, которое запускает и активизирует определенные внутренние процессы.

Комфортность. В психотерапии пациенту должно быть комфортно (но с другой стороны должно быть ощущение действия психотерапии) В гипнозе изменения происходят в комфорtnом для пациента состоянии.

При изучении гипнотических состояний нами проведён их факторный анализ. Первым, наиболее значимым и информативным фактором, определяющим гипнотическое состояние, явился фактор, определяемый как комфортность [14]. Это подтверждают и другие исследователи. Так Barber T.X. [19] отмечал, что «гипнотерапия как никакая другая психотерапевтическая техника является столь единственной в создании комфорта из дискомфорта, при полном отсутствии вредных побочных эффектов, которым сопровождается медикаментозное лечение того же уровня эффективности».

Следование эволюционной линии подразумевает под собой акцент, который необходимо сделать врачу-психотерапевту на аттракторы (цели и ценности) пациента.

Большинство пациентов не могут вербализировать свои цели. Попытки навязать достижение целей, лежащих вне сферы влияния генерального аттрактора, как правило, не достигают результата. Пациент со временем сам интуитивно найдёт новую цель (работа, новые знакомства, интересы, увлечения), даже если для этого потребуется достаточно много времени и усилий. Поэтому врач должен быть терпеливым, помогая пациенту в поиске его цели.

В аксиологической системе пациента можно выделить ценности двух порядков: провозглашаемые (идеальные) и реальные, которыми данный пациент руководствуется в повседневной жизни. Заявляемые ценности являются скорее идеалом, парадигмой, выдвигающей на первый план желаемую и положительно оцениваемую возможную социальную действительность. Даже если заявляемые цели нелепы, абсурдны и нереальны, врач должен учитывать их в своей работе, постепенно и осторожно проводя коррекцию эспектаций пациента.

Позитивное подкрепление является одним из важных факторов воздействия. Социальными психологами [12] установлено, что похвала является мощным стимулом, приводящим к быстрым и стойким изменениям. Даже конструктивная критика пациентов в процессе психотерапии негативно отражается на эффективности лечения. Уделяя внимание конкретному пациенту (Хоторнский эффект) [13] и позитивно оценивая его психотерапевтическую работу над собой, мы способствуем удержанию пациента в терапии, а, значит, имеем возможность в дальнейшем позитивно влиять на него.

Осторожность и постепенность. Воздействуя взаимодействуя со сложным пациентом необходимо действовать предельно осторожно, учитывая его личностные особенности и специфику соматопсихической патологии. Стратегия воздействие должна сообразовываться с индивидуальными особенностями пациента и тяжестью его расстройств. В нём (воздействии) должна присутствовать разумная соразмерность и постепенность, которая сочетается с реалиями актуальной ситуации и постоянной кор-

рекцией при изменении условий (принцип обратной связи). Воздействия всегда должны лежать в диапазоне приемлемости пациента.

Чем острее состояние пациента, тем больше показаний для использования медикаментозной терапии. Психотерапия, особенно агрессивная психотерапия, в данной ситуации может оказаться не только неэффективной, но и опасной. При неустойчивом состоянии, при отсутствии стабильных атTRACTоров даже неспецифическое стрессовое воздействие может привести к тяжёлым необратимым последствиям.

Суть нового подхода к психотерапевтическому воздействию заключается в том, что он ориентирован не на внешнее, а на внутреннее, на то, что имманентно присущее самой среде. Иными словами, он ориентирован не на желания, намерения, проекты психотерапевтической теории, а на собственные законы эволюции и самоорганизации сложных систем (т.е. пациента). При этом главное – не сила (величина, интенсивность, длительность, всеохватность и т.п.) управляющего воздействия, а его согласованность с тенденциями самоструктурирования пациента.

Таким образом, эффективная психотерапия предполагает качественный терапевтический альянс, в котором иерархически доминантный врач оказывает мягкое контролируемое, осторожное воздействие, имеющее в конечном результате, скорее адаптацию пациента, чем его «чудесное исцеление». Постепенно, диалектика врачебного управления должна перейти в самоуправление, осуществляемое пациентом.

Список использованной литературы:

1. Айзенк Г. Методологические и теоретические проблемы психологии. Психологический журнал. Т. 14. - 1994. - № 4. - С. 3-19
2. Анохин П.К. Кибернетика и интегративная деятельность мозга // Философские аспекты теории функциональной системы. - М. - 1978.
3. Аришинов В., Войцехович В. Синергетическое знание: между сетью и принципами // www.ihtik.lib.ru/philosarticles_28may_2006/
4. Бергсон А. Два источника морали и религии. - М.: Канон. - 1994.
5. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. - СПб.: Питер. - 2001.
6. Кассинов Г. Рационально-эмоционально-поведенческая терапия как метод лечения эмоциональных расстройств. // В сб. Психотерапия: от теории к практике. СПб. - 1995. - С. 88-98.
7. Князева Е.Н., Курдюмов С.П. Основания синергетики. Синергетическое мировидение. Издание второе. Серия «Синергетика: от прошлого к будущему». – 2005.
8. Ласло Э. Основания трансдисциплинарной единой теории // Вопросы философии. – 1997. - № 3. - С. 80-89.
9. Лефевр В.А. Элементы логики рефлексивных игр. Сборник статей Международного симпозиума «Рефлексивное управление» 17-19 октября 2000 г., Москва. - С. 157-162.
10. Лозанов Г.К. Основы суггестологии // Проблемы суггестологии: Материалы 1-го Междунар. симпозиума по проблемам суггестологии. — София: Наука и искусство, 1973. - С. 55-70.
11. Лэнгле А.. Психотерапия – научный метод или духовная практика? Московский Психотерапевтический Журнал. – 2003. - №2. - С.77-106
12. Майерс Д. Социальная психология/ Пер. с англ. – СПб.: Питер. - 1996.
13. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психологии и психотерапии. – СПб.: Прайм-ЕвроЗнак. – 2005.

-
-
14. Семке В.Я. Исторические состояния. - М.: Медицина. - 1988.
 15. Сосланд А. Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или как создать свою школу в психотерапии. - М.: «Логос». - 1999.
 16. Степанов С.Ю., Рефлексивная практика творческого развития человека и организаций, М. - 2000.
 17. Уманский С.В.. Клинический гипноз: социокультурные, психологические и феноменологические аспекты». Изд-во Курганского госуниверситета. - 2005.
 18. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - М.: Наука. - 1991.
 19. Barber T.X. Hypnosis: A Scientific Approach. New York. - 1969.
 20. Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie. - 1994.
 21. Mazzoni G.A.L., Lombardo P, Malvagia S, Loftus E.F. Professional psychology: Research practical persons psychoanalysis/ Feb., 1999; 30 (1): 45–50.
 22. Skinner B.F. Beyond freedom and dignity. New York: Knopf. - 1971.

ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ПРОДЛЕНИЯ ЖИЗНИ

С.В. Уманский
В.Я. Семке

Областная клиническая больница, г. Курган (РФ)
НИИ психического здоровья СО РАМН, г. Томск (РФ)

Большинство специалистов считают старение естественным этапом онтогенеза. Однако сущность и причины старения в полной мере не изучены. Нет ответа и на кардинальный вопрос геронтологии, который крайне важен как для теории, так и для практики: являются ли процессы старения детерминированными определенной программой или они являются следствием определенного закона, по которому происходит функционирование сложных систем?

Современная геронтология, изучая динамику жизнеспособности организма человека, подтвердила статистические выводы обобщенного закона Гомперца - Мейкема. На продолжительность жизни влияют два рода факторов: биологические и социально-психологические.

Если рассматривать биологический субстрат, то при старении можно выявить разнообразные изменения, происходящие в организме и проявляющиеся на всех его уровнях – от дисфункции целостного организма до накопления точечных соматических мутаций в молекулах ДНК. Большинство специалистов считают этот фактор определяющим естественную (эссенциальную) продолжительность жизни (ПЖ) вида. В настоящее время наука не в состоянии предложить реальные пути продления жизни воздействия на биологический субстрат.

Социально-психологическая составляющая определяет реальную продолжительность жизни, а значит и среднюю ПЖ человека. Анализ средней продолжительности жизни населения некоторых стран показал, что наибольший вклад в увеличение ПЖ оказали социальные факторы, экологические условия и достижения медицины, что не связано с за-

медлением старения как такового. Подтверждают это и исследования Г. Старовойтовой, которая изучая долголетие, выдвинула гипотезу «этнопсихологического» происхождения этого феномена. По её мнению, долголетие определяется не столько генами, сколько психологией и традициями (определенными формами поведения, способствующими преодолению воздействия стрессогенных факторов, участию в ритуалах жизненного пути, значимому уважительному окружению, мирному решению конфликтов, невысокому уровню притязаний). Социальные и психологические составляющие можно рассматривать как управляемые факторы продолжительности жизни.

Из психологических особенностей людей пожилого и старческого возраста (ПСВ) можно отметить одиночество, обращенность в прошлое, обидчивость, ранимость, когнитивные нарушения различной степени выраженности. Психологическая составляющая, представленная запрограммированным жизненным сценарием, определяет цели и задачи жизни, её этапы и завершение. Чаще всего это неосознаваемый процесс, который достаточно гладко идет до определенного возраста или события, после которого сценарий не прописан. После этой точки наступает пустота (экзистенциальный вакuum), который неподготовленному человеку заполнить крайне сложно. Каждый в такой ситуации естественным завершающим этап жизни – смерть, психологически подготовлен, но биологически не предопределен.

Разрабатываемая нами психотерапевтическая программа «Активное долголетие» («АД») предполагает воздействие на психологические мишиени.

Данная программа не имеет цели увеличить эссенциальную продолжительность жизни. Она направлена на попытку улучшить качество жизни в отведенный природой (генетически запрограммированный) период времени. Проводимые нами (Уманский С.В., Семке В.Я., 2008) в том же контексте исследования по психотерапии онкологических больных вселяют определенный оптимизм.

Новой методологией изучения психотерапевтического процесса у людей пожилого и старческого возраста может явиться синергетика - междисциплинарная наука об эволюции и самоорганизации систем разной природы (в том числе и биopsихосоциальной, к которой относится человек).

Наиболее важным и характерным свойством сложной биологической системы является её *особая саморегулируемость*. В сложной биологической системе невозможно четко разделить объект регулирования (т. е. то, что регулируется) от субъекта регулирования (т.е. регулятора). В ситуации неопределенности, а значит нестабильности любые, идущие в разрез с общей тенденцией развития системы воздействия, могут оказаться фатальными. Управление в ситуации неопределенности возможно только при знании атTRACTоров (варианты будущего, заложенные в системе). Понятие «атTRACTор» (лат. *attrahere* – притягивать) близко к понятию «цель». Наличие атTRACTоров делает развитие системы предсказуемым.

С позиции синергетики все системы относительно открыты для энергии, но относительно закрыты для информации. Применительно к субъектным мирам это положение предполагает, что пациенты (особенно ПСВ, учитывая наличие у них различной степени выраженности когнитивные нарушения) их имеют сопротивление к получению активной информации, которая может изменить их статус. Они (пациенты ПСВ) не только изолируются от новой информации, но и могут обесценивать её, доводя содержание и смысл до уровня бесструктурной активности. Для того чтобы вывести систему на другой уровень, констатации фактов и вербальных односторонних воздействий недостаточно. Необходимо «энергетическое» воздействие, способное «пробовать» интеллектуальные защиты людей ПСВ. К таким воздействиям относятся методы психотерапии, приводящие к изменению состояния сознания (в частности гипносуггестивная психотерапия). Гипноз в представлении большинства пациентов несет в себе энергию, действующую на существование личности пациента. Пациент на своем языке сугубо индивидуально интерпретирует гипнотическое действие, рассчитывает перспективы (формирует атTRACTоры, планы будущего) и пр.

Сеансы гипносуггестивной психотерапии начинаются только после того, как с пациентом ПСВ проведена предварительная психотерапевтическая работа. Её продолжительность зависит от многих факторов (тяжелость соматического и психического состояния, личностные особенности, готовность активно участвовать в психотерапевтической работе и т.д.). Достаточно часто пациенты не в состоянии самостоятельно сформулировать и вербализовать задачи и цели периода пожилого и старческого возраста.

При формировании - поиске атTRACTоров (по В. Франклу (1990), цель нельзя внушить, её человек сам должен найти) у пациентов ПСВ, психотерапевтически аккуратно акцент смещается с проблем здоровья и смерти на события реальной жизни. Это может быть профессиональная деятельность, поддержание определенной физической формы через занятия лечебной физкультурой, активное (с содействием) ожидание значимых событий (окончание строительства дома, предстоящая свадьба или рождение долгожданного внука и т.п.). В терапии пациенту ПСВ, особенно в первое время, должно быть комфортнее, чем в реальной жизни. Его должно «тянуть» к психотерапевту, который реально изменяет его ощущения, а вместе с ними и мировоззрение. Именно в этот момент у пациента появляется не вербализованная вера в изменения, в реальное продление жизни с вновь обретенным смыслом.

Важным моментом является создание терапевтической среды, которая достигается групповыми формами работы. После установления качественного альянса, система психотерапевт – пациент ПСВ «погружается» в психотерапевтическую группу, работающую по проблеме «АД». С позиции синергетики новые признаки (в данном случае вновь сформированные атTRACTоры) эффективно контролируются и поддерживаются внешними воздействиями. Сформированные психотерапевтически «извне» атTRACTоры уязвимы и нестойки. Поэтому необходима длительная поддерживающая терапия и контроль внешней среды.

Психотерапия пациентов пожилого и старческого возраста не должна возвращать их к прошлому. Психотерапия направлена на свободу от посягательств прошлого на творческое и активное настоящее и будущее, на снятие зафиксированных в прошлом опыта страхов и тревог, на формирования чувства уверенности в себе. Сам процесс психотерапевтического воздействия должен быть контролируемым, мягким и осторожным, имея в конечном результате социально-психологическую адаптацию. Постепенно диалектика врачебного управления должна перейти в самоуправление, осуществляемое пациентом.

ПСИХИАТРИЯ

УДК 614.23

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЁТЕ СО II ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ (на примере работы Общественного объединения «Клубный Дом «Альрами»)

С.Н. Молчанов

отв. за курс психиатрии и наркологии ПФ ГМУ г. Семей, к.м.н.

В этом году Республика Казахстан ратифицирует Международную конвенцию «О правах инвалидов». Планируется в рамках деятельности по реализации закона «О специальных социальных услугах в Республике Казахстан» (далее Закон) внедрение механизма деинституализации медико-социальных учреждений (организаций) для лиц с ограниченными возможностями и для лиц пожилого возраста.

Реализация Закона направлена на формирование современной модели предоставления специальных социальных услуг лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с международными нормами и стандартами. Одним из стратегических направлений развития системы предоставления специальных социальных услуг должно стать сокращение стационаров и расширение сети организаций, предоставляющих специальные социальные услуги в условиях полустационаров и на дому.

Впервые в Казахстане г. Павлодаре 25 апреля 2011 г. открылся Клубный Дом для душевнобольных лиц, то есть пациентов Областного психоневрологического диспансера (ОПНД), находящихся в ремиссии и состоящих на диспансерном учёте по II группе инвалидности. Данная программа профинансирана Управлением социальной защиты, исполнителем программы является Общественное объединение для душевнобольных (ООД) - Клубный дом (КД) «Альрами». Президентом Клубного Дома является врач-психиатр, к.м.н. Бикенова Назигуль Маратовна.

История движения клубных домов началась ещё в 1948 году, когда несколько человек, прошедших курс лечения в Нью-Йоркской психиатрической клинике (США), объединились для создания группы, которая получила название «Мы не одиноки» (WeAreNotAlone - WANA). Созданная изначально как группа самопомощи WANA позже начала успешно развиваться и превратилась в инновационное сообщество, основывающееся на программе поддержки людей с психиатрическими проблемами, с целью улучшения жизни этих людей и осуществления устремлений, утраченных ими во время своей болезни. С помощью волонтёров в начале 1950

года WANA официально приобрела здание и была переименована в организацию под название «Фонтан Хаус». Программа «Фонтан Хауса» послужила шаблоном для Модели реабилитационного клубного дома, которая затем была внедрена во многих странах мира. Уже в 1977 году «Фонтан Хаус» получил грант от Национального института психического здоровья на разработку национальной тренинговой программы Модели клубного дома и репликации опыта. К 1987 году в США насчитывалось 220 клубных домов, одновременно они создавались в Пакистане, Швеции, Дании, Германии, Голландии, Канаде и Южной Африке. В ноябре 2006 года в Мюнхене состоялась уже IX Европейская конференция клубных домов.

Основная цель клубного дома «Альрами»

Помочь членам клуба, их семьям в социальной адаптации.

Задачи

Создать центр психосоциальной и досуговой поддержки для успешной социализации инвалидов по психическому заболеванию.

Обучить членов клуба выходить из психологической изоляции и жить в реальной среде, восстановив утерянные навыки самообслуживания и эффективного общения с окружающими.

Привлечь внимание общественности, соответствующих специалистов к существующим проблемам в области психического здоровья, сформировать более благожелательное отношение к проблемам психического нездоровья.

В клубном доме (КД) «Альрами» ежедневно работают тематические кружки по различным направлениям, которые учат своих подопечных комфортно жить в реальной среде, успешно общаться с людьми, восстанавливать утерянные навыки самообслуживания. Все это делается для успешной социализации личности.

Основная задача *тренинговых занятий по психологии* – обучить жить в современном мире, наладить взаимообщение в семье и создать группы само- и взаимопомощи. Общение с психологом даёт новые силы, веру в себя и свои возможности.

Адаптационное направление

«Бытовые навыки»

Занятия в этой группе направлены, в первую очередь, на восстановление утраченных навыков. Здесь членов клубного дома обучают ведению домашнего хозяйства, выполнению различных видов бытового труда, прививают навыки культурного поведения, хорошего вкуса, правильного понимания эстетики быта. На практике члены клуба учатся хранить продукты питания, обрабатывать их и готовить из них еду. Некоторые лица знакомятся с условиями эксплуатации бытовых приборов.

Адаптационное направление

«Компьютерная грамотность»

Это направление обучает членов клубного дома практическим навыкам работы на компьютере, основам делопроизводства и администрирования, а также возможностью пользования системой Интернет.

Полученные знания помогут им не только почувствовать себя современным человеком XXI века, но и принимать активное участие в телеконференциях и видеочатах по обсуждению проблем психосоциальной реабилитации в международной сети Интернет.

«Студия прикладного творчества» (арт-терапия)

Приобщение членов клубного дома к работе в этой группе предполагает творческий процесс по созданию различных поделок, сувениров, подарочных изделий, бижутерии, оригами, изготовленных из теста, глины, пластилина, бисера, и других материалов, используемых в прикладном творчестве.

Арт-терапия является средством свободного самовыражения и самопознания, вызывает положительные эмоции, помогает преодолевать плохое настроение, безынициативность, формировать в себе более активную жизненную позицию.

Адаптационное направление «Полиглот»

(социально-педагогические услуги)

При клубном доме организованы занятия по изучению иностранных языков: английского и немецкого. Квалифицированные педагоги обучают основам свободного общения, грамотного письма, грамматическим нормам языка. Развитие коммуникативных навыков в процессе прохождения языкового обучения и закрепление полученных знаний в общении позволит членам КД общаться в on-line режиме по скайпу с такими же людьми, как они, из подобных клубных домов Казахстана и Европы.

Пресс-группа

Клубный Дом «Альрами» выпускает свое собственное печатное издание - газету «Паруса

вдохновения», где публикуются новости, яркие события самые интересные факты из жизни Клубного дома.

Адаптационное направление

«Досуг»

В Клубном доме «Альрами» хорошо продумана досуговая программа: регулярно проводятся совместные чаепития, празднования знаменательных дат (дни рождения, общепризнанные праздники, творческие вечера, выходы в кинотеатр). За прошедших 4 месяца члены КД выезжали в заповедную зону Баян-Аул, провели два шефских концертных мероприятия в областном психоневрологическом диспансере, выехали на солёное озеро (Туз Кала) с оздоровительной целью.

Основная часть членов клубного дома успешно осваивает программу по социализации, и на сегодняшний день членами клубного дома «Альрами» являются 82 человека.

Мы планируем расширение деятельности КД «Альрами» и сотрудники хотят, чтобы работа проходила по высоким международным стандартам. Для этого необходимо найти отдельное помещение, приспособленное под тренинговую работу с большим числом людей. Мы также сотрудничаем с международным ресурсным Центром клубных домов и в ближайшем будущем хотели бы приглашать к нам международных экспертов для передачи своего опыта для наших специалистов и специалистов из других регионов Казахстана. В планах клубного дома расширение тренинговой работы и включение дополнительных творческих направлений, таких как роспись по стеклу, роспись по ткани, работа с гипсом и глиной, кукольный театр, основы жизнедеятельности, самопознание, сценическое искусство, танцевальная терапия, основы музыкального образования. Продолжать проводить тренинговую работу в самом коллективе в среде сотрудников (по типу Балиновских групп).

Согласно закону «О специальных социальных услугах в Республике Казахстан» такие Центры должны появиться в каждом областном центре, и когда они появятся, мы будем активно передавать свой опыт другим коллегам и учиться самим у них. Сайт Клубного Дома: www.alrami.kz

Список использованной литературы:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты •аза•стан» на 2011-2015 годы, от 29 ноября 2010 года № 1113;

2. Закон «О специальных социальных услугах в Республике Казахстан», от 29 декабря 2008 года N 114-IV.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

УДК 316.33

ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА ОСНОВЕ ОПЫТА РАБОТЫ КГУ «ДЕТСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ г. АСТАНЫ»

Д.Р. Тампишева

врач-психотерапевт Коммунального государственного учреждения «Детское психоневрологическое медико-социальное учреждение», г. Астана (РК)

Несмотря на последние достижения медицины в плане излечения многих, ранее инкурабельных заболеваний, современная политика в здравоохранении требует признания наличия состояний (в первую очередь врождённых генетических) и болезней (в том числе приобретённых), выздоровление от которых невозможно на данном этапе развития медицинской отрасли. Поэтому законы здравоохранения многих стран гарантируют обеспечение адекватной паллиативной помощи своим гражданам. Так, например в 2000 г. Сенат Канады рассмотрел доклад с названием «Качество оказания помощи в конце жизни: право каждого гражданина Канады» [Subcommit]. Паллиативная помощь должна являться составляющей частью плана медицинского обслуживания, облегчая страдания пациентов разного возраста с неизлечимыми заболеваниями. Милосердное отношение ко всему живому, что нас окружает, есть основная жизненная ценность. Создание достойных условий для завершения земной жизни естественно в цивилизованном обществе. Это дело не только медиков, но и социальных работников, психологов, юристов, всех, кто неравнодушен к проблеме умирающих больных, и тем более детей. Проблеме, которая имеет место и в нашем обществе. К сожалению, дети, как и взрослые, также тяжело болеют и умирают.

Последние мировые данные, в том числе и у нас в стране показывают, что количество состояний и заболеваний у детей, требующих паллиативной помощи, постоянно увеличивается, что связывают с улучшением показателей выживаемости недоношенных детей с малым весом и увеличением прогнозируемой продолжительности жизни детей с хроническими заболеваниями.

Паллиативная помощь детям является относительно новым разделом медицины. Её основные принципы сформулированы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1998 году [Cancer pain relief WHO 1998]. Согласно определению ВОЗ, паллиативная помощь детям - это активная всеобъемлющая помощь телу, уму и душе больного ребёнка, предусматривающая также и поддержку его семьи.

Ассоциация для детей с ограниченным сроком жизни или в терминальном состоянии и их родителей (ACT) предлагает рассматривать паллиативную помощь как активное действие, предполагающее комплексный (физический, эмоциональный, социальный и духовный) подход к больному ребёнку, подростку или молодому человеку, имеющему ограниченный срок жизни вследствие наличия неизлечимого заболевания. Считается, что основные принципы осуществления этого вида помощи должны быть применимы также при острых и излечимых заболеваниях, в период развития состояния, угрожающего жизни ребенка.

Изначально возраст больных, которым может оказываться паллиативная помощь в условии детских больниц, хосписов и т.д., был установлен как 0-18 лет (ACT, 1989). В настоящее время возрастной ценз сместился до 24-х лет (ACT, 2001). При этом не исключаются больные, которым диагноз был поставлен до достижения ими этого возраста, но, вопреки прогнозам, перешагнувшие данный рубеж.

Что касаемо истории становления паллиативной и хосписной помощи, как направления развития здравоохранения, оно началось около 40 лет назад в западных странах, где был накоплен большой опыт в области организации, финансирования и предоставления помощи инкурабельным больным, в том числе опыту в клинической практике и проведении научных исследований. Несмотря на то, что паллиативная помощь «как подход» присутствовала с давних времен в российской медицине, а развиваться это направление стало в России и странах бывшего СССР значительно позже - в начале 1990-х годов. Зарождение направления имело хаотичный характер. Обычно это происходило по инициативе клиницистов и при активной поддержке администрации отдельных городов или областей. Далее развитие продолжилось в Беларуси, Украине, Литве, в связи с ростом числа онкологически больных детей после событий в Чернобыле. Мировая практика и опыт показывают на поддержку двум основным группам тяжелобольных детей в возрасте до 18 лет: с терминальной онкологической патологи-

ей и с тяжёлыми формами психоневрологических хронических заболеваний.

У нас в Казахстане под эгидой управления здравоохранения г. Алматы открыт, пока единственный в стране, хоспис по оказанию помощи детям с онкологией. Специализированной паллиативной и хосписной помощи детям с врожденной и приобретенной психоневрологической патологией нет.

На сегодняшний день остро назревает вопрос о создании детского хосписа для детей до 18 лет с выраженной врожденной психоневрологической патологией.

Более 30 человек, из 180 детей по КГУ «ДПМСУ г. Астаны», относятся к категории тяжелобольных лиц и нуждаются в паллиативной и хосписной помощи. За последние три года эта цифра почти не менялась. На начало 2012 г. картина выглядит следующим образом.

1. К категории тяжелобольных лиц в первую очередь относятся дети с тяжёлой формой детского церебрального паралича (ДЦП), имеющие серьезные нарушения двигательной функции. Инвалидами по ДЦП являются 76 детей, 25% из которых имеют тяжёлое течение болезни и, к сожалению, бесперспективность лечения. При этом тяжёлом заболевании необходим уход, усложняющийся тем, что из-за длительного вынужденного горизонтального положения пациенты страдают от изменений со стороны желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Пациенты нуждаются в санации трахео-бронхиального дерева, других процедурах. Кроме медицинских процедур, эти пациенты требуют постоянного наблюдения.

2. В паллиативной помощи нуждаются дети с тяжёлой формой эпилепсии. Им нужен не только уход и наблюдение, но и лечение. В настоящее время общее количество детей с данной патологией составляет 34 человека и 30% из них - инкурабельны.

3. К категории больных, нуждающихся в паллиативной помощи, также относятся дети с органическими заболеваниями (после перенесенных менингоэнцефалитов, нейротравм, врожденных гидроцефалий, а также состояние после вентрикулоперитонеостомии и др.). Их число возросло до 3 человек, по сравнению с предыдущими годами.

И такая клиническая картина складывается на фоне основного заболевания - умственной отсталости

ти тяжёлой глубокой степени (глубокая дебильность, имbecильность, идиотия).

С учётом роста количества детей с грубой психоневрологической патологией, на фоне поведенческих нарушений, у медицинского персонала всё чаще выявляется «Синдром профессионального выгорания», особенно среди младшего медицинского состава, которые круглосуточно занимаются полным уходом за тяжелобольными пациентами, на плечи которых в прямом смысле ложится не только эмоциональная, но и физическая нагрузка. Отсюда возникает проблема сохранения уже обученных и опытных работников.

На сегодняшний день КГУ «Детское психоневрологическое медико-социальное учреждение г. Астаны» выполняет задачи и функции хосписа, куда вкладываются большие материальные и человеческие ресурсы, но основные задачи (воспитательная, коррекционная, развивающая работа с детьми-инвалидами) отодвигается на второй план. Отсюда страдает основная цель – реабилитация, социальная адаптация, а в целом, возвращение человека в общество.

Выводы:

1. Вопрос о создании специализированной паллиативной и хосписной помощи детям с выраженной врожденной психоневрологической патологией должен выноситься на широкое обсуждение в обществе.

2. Накопленный нами в клинической практике опыт ведения таких инкурабельных больных позволяет в перспективе поднять вопрос о формировании научных исследований по проблемам происхождения и методов контроля болевой и другой симптоматики при тяжёлых формах психоневрологической патологии.

3. Паллиативная помощь должна оказываться мультидисциплинарной командой специалистов (в том числе включая младший медицинский состав) с соответствующим пересмотром вопроса оптимальной заработной платы.

4. Для оказания качественной и всесторонней паллиативной помощи детям необходимо привлекать общественные организации, в том числе из числа волонтёров (студенты, учащиеся), а также представителей различных религиозных конфессий.

5. Возможность дальнейшего обучения специалистов в данном направлении с учётом мирового опыта.

Список использованной литературы:

1. Алтынбеков, С.А. Реформирование служб психического здоровья. // Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию столицы РК «Психосоциальное благополучие мегаполиса». Астана, 2008. – С. 3–13.
2. Бадалян, Л.О. Детская неврология / Л.О. Бадалян. – М.: Издание третье, 1984. – 576 с.
3. Бронников, В.А., Кравцов, Ю.И. Неспецифические системы мозга и реабилитация детей с церебральными параличами. // Журн. неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, Выпуск 6. – С. 45–50.

-
-
4. Введенская, Е. С. Информационный интернет-ресурс как инструмент для развития паллиативной помощи. // V международная конференция «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе». Материалы сообщений. – Минск, 27 – 29 октября 2011. – С. 20-22.
 5. Введенская, Е. С. К вопросу о развитии паллиативной помощи в России. // V международная конференция «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе». Материалы сообщений. – Минск, 27 – 29 октября 2011. – С. 22-24.
 6. Дмитриева, Т.Б. Альянс права и милосердия. О проблеме прав человека в психиатрии. М.: Наука, 2001.
 7. Ененко, Е. Ю. Паллиативная и хосписная помощь в Луганской области. // V международная конференция «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе». Материалы сообщений. – Минск, 27 – 29 октября 2011. – С. 39-43.
 8. Кнапп, К. (Knapp C.), Вудсворт, Л. (Woodworth L.), Райт, М. (Wright M.) и др. Педиатрическая паллиативная помощь в мире: системный анализ. // V международная конференция «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе». Материалы сообщений. – Минск, 27 – 29 октября 2011. – С. 24-25.
 9. Мухамбетова, Г.А. Неврозы и неврозоподобные расстройства у детей / Г.А. Мухамбетова – А.: Учебное пособие, 2009. – 104 с.
 10. Орцалези, М. Отличительные черты детской паллиативной помощи от взрослой. // V международная конференция «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе». Материалы сообщений. – Минск, 27 – 29 октября 2011. – С.16-17.
 11. Подберёзкин, М. А. Фондрайзинг как необходимое условие развития паллиативной помощи. // V международная конференция «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе». Материалы сообщений. – Минск 27 – 29 октября 2011. – С. 46-48.
 12. Семин, И.Р. Психиатрическая просвещенность и отношение общества к психически больным. В кн.: Руководство по социальной психиатрии. М., 2001. С. 73–93.
 13. Серебрийская, Л.Я. Социальные представления о психически больных и психиатрии в контексте проблемы стигматизации. // Журн. неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, вып. 3. – С. 47–54.
 14. Сулеева, М.М. Раннее вмешательство в оказании комплексной помощи детям из группы риска по развитию психоневрологической патологии. // Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию столицы РК «Психосоциальное благополучие мегаполиса». Астана, 2008. – С. 180–183.
 15. Третьяк, Н. Н. Роль и место медсестры в паллиативной помощи. // V международная конференция «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе». Материалы сообщений. – Минск, 27 – 29 октября 2011. – С. 44-45.
 16. Уивер, С. Дж. Дети на пороге смерти: терапевтический диалог с помощью игры. // «Социальная работа сегодня» Т. 5, № 4. – С. 22.
 17. Шабалов, Н.П. Детские болезни - 1.-1 С. 201–207.
 18. charlotte.wright@clinmed.gla.ac.uk
 19. <http://socfaqtor.wordpress.com/>

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

УДК 616.89

ПРОФИЛАКТИКА ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А.Л. Катков

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

Введение

В последние годы во всем мире отмечается тенденция роста выявления случаев игровой зависимости, особенно среди детей и подростков.

Главным признаком патологического пристрастия к азартным играм признают хроническую прогрессирующую неспособность сопротивляться импульсу игры, поведение игрока, что ставит под угрозу будущее ребёнка или подростка, нарушает или серьёзно искажает личное и профессиональное развитие.

Патологическое влечеие к азартным играм уже более 20 лет официально признанная патология, внесенная как в МКБ-10 (шифр F 63.0), так и в классификацию Американской ассоциации психиатров DSV-IV-R.

В ходе выполнения научно-технической программы «Эффективная профилактика социальных эпидемий в Республике Казахстан», в том числе игромании, нами разработана система профилактических мероприятий, в отношении игровой зависимости, основное содержание которых излагается ниже.

Первичная профилактика формирования патологического пристрастия к азартным играм предусматривает поэтапную реализацию следующих технологий:

- диагностику уровней психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии;
- дифференциацию основных фокус-групп: 1) группа лиц с высоким и средним уровнем психологического здоровья - устойчивости; 2) группа лиц с низким уровнем психологического здоровья - устойчивости; 3) группа лиц с признаками формирования патологического пристрастия к азартным играм.

Целевой группой этапа первично-профилактической аддиктологической помощи, оказываемой по профилю игромании, является вторая и третья фокус-группы с низким уровнем устойчивости и начальными признаками формирования патологического пристрастия к азартным играм.

Далее, в ходе работы с идентифицированной целевой группой реализуют следующие технологии:

- специальные тренинги по форсированному развитию свойств психологического здоровья - устойчивости к вовлечению в игроманию;

- аддиктологическое консультирование (для группы лиц с начальными проявлениями патологического пристрастия к азартным играм);
- семейное консультирование в рамках программы «Семья и школа вместе» (FAST);
- экспресс-психотерапевтические технологии (для группы с начальными проявлениями патологического пристрастия к азартным играм).

Ниже приводится краткое описание каждой из используемых на этапе первичной профилактической аддиктологической помощи технологий.

Диагностические технологии

1. Компьютерная программа по определению уровня психологического здоровья - устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии (в том числе – в игроманию, интернет-зависимость) представляет собой программный продукт, созданный на основе способа (алгоритма) оценки степени устойчивости, и, соответственно, предрасположенности к формированию химической, деструктивной психологической зависимости для школьников в возрасте 9-11 лет, 12-13 лет, подростков от 14 до 18 лет и взрослых 19-32 лет.

Данная программа позволяет:

- оперативно определить степень риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии для отдельно обследуемого или отдельной группы (ярко выраженный риск; наличие риска; низкий уровень риска);
- с минимальными временными затратами получить развёрнутый отчёт о состоянии психологического здоровья - устойчивости испытуемого лица, а также о наличии в его статусе биологических и социальных предпосылок к вовлечению в химическую, психологическую зависимость;
- тестировать респондента многократно, отслеживая результаты и эффективность профилактических вмешательств в динамике;
- тестировать многочисленные группы людей, анализируя соотношение устойчивости-предрасположенности к вовлечению в социальные эпидемии отдельно взятого класса школы, студенческой группы, всего коллектива учащихся и т.д.

Данная программа снабжена подробными инструкциями на каждом этапе работы, позволяет хра-

нить результаты испытуемых, создавать базы данных, которые могут использоваться с исследовательскими целями. Возможна работа в анонимном режиме с сохранением данных под специальной учётной записью анонимного испытуемого лица.

2. Шкала ложных пари (Нил и соавт., 2005, в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова)

Настоящая экспресс-методика предназначена для диагностики различий между проблемными и обычными игроками. Шкала состоит только из двух пунктов – вопросов, на которые можно ответить «да» или «нет». Данную методику целесообразно применять для идентификации фокус-группы 3 (составной части общей целевой группы этапа первично-профилактической аддиктологической помощи). Выявленные проблемные игроки проходят дополнительное обследование, и в случае подтверждения диагноза направляются на следующие этапы аддиктологической помощи.

3. Восьмипунктный опросник Сэлливана (1999) в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова

Данный инструмент также предназначен для быстрой диагностики проблем, связанных с игрой, если официальный диагноз игровой зависимости не требуется. Опросник позволяет дифференцировать группы нормальных игроков, лиц с начальными признаками игромании и проблемных игроков. Последних рекомендуется переводить на следующий этап аддиктологической помощи.

4. Массачусетский опросник увлечения азартными играми (MAGS), разработан Шаффером, Ла Бриером, Скапланом, Каммингсом в 1994 г. Используется в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова, содержит 26 вопросов и 2 шкалы.

Методика позволяет дифференцировать подростковые увлечения азартными играми: 1) непатологические игроки; 2) игроки, склонные к зависимости; 3) патологические игроки. Последним рекомендуется прохождение следующего этапа аддиктологической помощи.

5. Канадский подростковый опросник (CAGI), разработан в 2005 г. авторами Виби, Уинном, Стингфилдом, Тремблей. Используется в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова

Методика включает 5 шкал, позволяющих дифференцированно оценить уровни проблемного увлечения азартными играми у подростков. Подросткам с явными признаками патологического пристрастия к азартным играм рекомендуется прохождение следующего этапа аддиктологической помощи.

6. Вопросы для подростков (в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова)

Методика предназначена для тех семей, где родители обеспокоены состоянием ребёнка (подростка) в плане его увлечения азартными играми. Подростку предлагается честно ответить на 15 вопросов и далее совместно решить, какие действия необходимы для исправления ситуации. Ответы должны

быть честными, искренними в условиях отсутствия агрессивного давления со стороны родителей.

Методика позволяет дифференцированно оценить уровни увлечения азартными играми у детей старшего возраста и подростков. Проблемным игрокам с явными признаками патологического пристрастия к азартным играм рекомендуется прохождение следующего этапа аддиктологической помощи.

7. Вопросы семье и друзьям игрока (Берман Л., Сигл М.Э., 1998, в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова)

Данная методика позволяет определить есть ли в семье проблемный игрок. Методика позволяет в первом приближении дифференцировать уровни вовлечения в игроманию (повышенное увлечение – проблемный игрок). В последнем случае члену семьи с признаками патологического пристрастия к азартным играм рекомендуется прохождение следующих этапов аддиктологической помощи.

8. Живете ли вы с зависимым игроком (модифицированный вариант А.А. Карпова, В.В. Козлова)

Методика содержит 20 вопросов, разработанных Обществом анонимных игроков, и предназначена для обеспокоенных состоянием своих родных и близких членов семьи. В результате существует возможность дифференцированного определения уровней вовлечения в игроманию члена семьи, поведение которого вызывает беспокойство (наличие незначительных проблем, связанных с игрой – пограничное положение между социальным и проблемным игроком – проблемный игрок). В последнем случае рекомендуется обращение к специалисту и прохождение следующих этапов аддиктологической помощи.

С целью получения более объёмной и достоверной информации целесообразно проведение двойного тестирования: испытуемого лица, чьё поведение вызывает беспокойство, и членов его семьи с использованием соответствующих методик. В случае совпадения результатов имеется существенно больше оснований для определения принадлежности респондента к одной из фокус-групп, представляющих целевую группу этапа первично-профилактической аддиктологической помощи.

Тренинговые технологии

Стратегия использования тренинговых технологий на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи основана на идеологии функциональной концепции психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии (включая пристрастие к азартным играм и интернет-зависимость), а также на диагностических возможностях компьютерной программы по определению уровней психологического здоровья-устойчивости в 4-х возрастных группах населения. Благодаря этим двум инструментам возможно точное определение дефицитарных мишеней для последу-

ющего адресного использования тренинговых технологий. Сотрудниками Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (Аманова Ж.Ш., Байкенов Е.Б., Бикетова Л.А., Юсопов О.Г.) была проведена существенная аналитическая и экспериментальная работа по отбору именно тех тренинговых технологий, которые эффективно развивают свойства психологического здоровья - устойчивости в различных возрастных группах. В рамках данного методического руководства, в силу значительного объема материала, мы сможем лишь обозначить специфику каждой группы рекомендуемых тренингов и указать доступные источники, где данные технологии описаны более подробно.

По общему параметру «Базовые приобретения» в случае выявления дефицитарности, представляющей данный параметр психологических свойств, рекомендуются следующие тренинговые технологии.

Дефицитарность свойства автономности

1. «К чему приведет...» - для детей возраста 9-11 лет. Источник - Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей»;
2. «Меняющаяся комната» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для предупреждения вредных привычек у детей»;
3. «Я могу» - для детей 9-11 лет. Источник «Практический инструментарий для предупреждения вредных привычек у детей»;
4. «Следовать за ведущим» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник»;
5. «Я тут живу» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
6. «Полное погружение» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
7. «Я – центр воли» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
8. «Углубленная работа с субличностями» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник».

Дефицитарность свойства открытости

1. «Перевоплощение» - для детей 9-11 лет. Источник – «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками»;
2. «Прогноз погоды» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками»;
3. «Знакомство» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

4. «Мнение о другом» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

5. «Чего я боюсь» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

6. «История жизни» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

7. «Как правильно делать комплименты» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

8. «Ваши способности к искренности» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник – Е.В. Сидоренко «Терапия и тренинги по Альфреду Адлеру»;

9. «Вы меня узнаете?» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками».

Дефицитарность свойства трудолюбия

1. «Мяч» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками»;

2. «Деловые качества» - для подростков 14-17 лет. Источник – В. Мирошников, В. Скляренко, Г. Щербак «50 знаменитых бизнесменов».

Дефицитарность свойства ответственности

1. «Король и мера» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек для детей»;

2. «Король школы» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

3. «Обратная сторона медали» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

4. «Принимаю ответственность на себя» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

5. «Три фразы» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник».

Дефицитарность свойства инициативы

1. «Работа с иррациональными проекциями» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

2. «Доброе слово» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

3. «Мышеловка» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей»;

4. «Имя и движение» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

5. «Хорошо или плохо» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

6. «Толкалки» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

-
7. «Рукопожатия» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
 8. «Приятный разговор» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
 9. «Внешние и внутренние мотивы» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы».

Дефицитарность свойства уверенности

1. «Похвалилки» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
2. «Комplименты» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
3. «Узкий мост» - для детей 9-11 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
4. «Горячий стул» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
5. «Проявления гнева» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
6. «Мое поведение» - для детей 12-13 лет. Источник – И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
7. «Убеждающая речь» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
8. «Заставь его» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
9. «Выход из конфликта» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

По общему параметру «Новообразования возраста», в случае выявления дефицитарности психологических свойств, представляющих данный параметр, рекомендуются следующие тренинговые технологии.

Дефицитарность свойства самоидентификации

1. «Нарисуй свой характер» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками»;
2. «Угадай кто?» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками»;
3. «Кто я?» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками»;
4. «Ищу друга» - для детей 12-13 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска»;
5. «Личный герб и девиз» - для детей 12-13 лет. Источник – Д.М. Роменди «Тренинг личностного роста». Учебное пособие. – М.: Форум: Инфа-М. 2007;

-
6. «Коллаж о себе» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

7. «Работа с приоритетами – метафорами в группе» - для подростков 14-17 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска»;

8. «Анализирование» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

9. «Похож, не похож, уникален» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

10. «Психологический магазин» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска»;

11. «Работа с именем» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска»;

12. «Кто я такой?» - для молодежи 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

Дефицитарность свойства сформированного позитивного жизненного сценария

1. «Чего вы хотите достичь?» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками»;
2. «Сегодня, завтра и вчера» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками»;
3. «Я в прошлом, Я в будущем» - для детей 9-11 лет. Источник - «Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками»;
4. «Когда я вырасту» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
5. «Дотянись до звезд» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
6. «Планирование будущего» - для детей 12-13 лет. Источник – <http://www.azps.ru>;
7. «Моё будущее» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
8. «Мой жизненный путь» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
9. «Прошлое, настоящее и будущее» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
10. «Школьные оценки» - для молодых людей и взрослых 18-32 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
11. «Создание положительных представлений о будущем» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

12. «Письмо из будущего» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник – Е.В. Сидоренко «Терапия и тренинги по Альфреду Адлеру».

Дефицит навыков ответственного выбора

1. «Таможенники и контрабандисты» - для детей 9-11 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
2. «Лабиринт» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей»;
3. «Необитаемый остров» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
4. «Королевство» - для детей 12-13 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска»;
5. «Линия жизни» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
6. «Фильм о моей жизни» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
7. «Должен или выбираю?» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
8. «Разговор со сменой позиции» - для подростков 14-17 лет. Источник – И.В. Вачков «Основы технологии группового тренинга».

Дефицит свойства внутреннего локус-контроля

1. «Поделись улыбкой» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;
2. «Мои достижения» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
3. «Три желания» - для подростков 14-17 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;
4. «Обучение основной формуле АВС» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
5. «Создайте эмоцию прямо сейчас» - для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
6. «Контракт на изменения» (1-7) – для подростков 14-17 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник».

Дефицит доступа к внутренним ресурсам

Интеллектуальные ресурсы

1. «Переправа» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;
2. «Расшифруй» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой

психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;

3. «Два дома» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;

4. «Рецепт оригинального блюда» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

5. «Невероятная история» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

6. «Структура проблемы» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

7. «Оригинальный продукт» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

8. «Неординарность мышления» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

9. «Формула победы» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

Коммуникативные навыки

1. «Испорченный телефон» - для детей 9-11 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;

2. «Это я! Это моё!» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;

3. «Заколдованный ребенок» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;

4. «Катастрофа в пустыне» - для детей 12-13 лет. Источник – Е. Петрова «Избранные упражнения для работы в группе риска»;

5. «Интервью» - для детей 12-13 лет. Источник – <http://www.azps.ru>;

6. «Познакомимся?» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

7. «Здравствуйте!» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

8. «Стимул» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

9. «Изложение просьбы» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

10. «Накопительная информация» - для молодёжи и взрослых 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

11. «Закрытая коммуникация» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

Копинг-стратегии

1. «Драка» - для детей 9-11 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Возрастные кризы»;
2. ««Ролевая гимнастика» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;
3. «Четыре характера» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;
4. «Сглаживание конфликтов» - для детей 12-13 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;
5. «Зеркало» - для детей 12-13 лет. Источник - И.Г. Малкина - Пых «Психосоматика. Новейший справочник».
6. «Контактное взаимодействие» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
7. «Сотрудничество в конфликте» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
8. «Синтез» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
9. «Разрушительные переживания» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
10. «Неприятные последствия» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
11. «Сказка о волшебнике» - для молодежи и взрослых 18-32 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;

Креативность

1. «Живая шляпа» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей»;
2. «Покажи любимое дело» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей»;
3. «Оживлялки» - для детей 9-11 лет. Источник – Практический инструментарий для групповой психокоррекционной работы с взрослыми, детьми, подростками;
4. «Постановка пьесы» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
5. «Моделирование ситуации» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
6. «Домик» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

7. «Первое впечатление» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
8. «Творческие способности» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;
9. «Актёрское мастерство» - для подростков 14-17 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности»;

Дефицит информированности

1. «Заговор болезневорцев. Разрушение волшебной страны» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей»;
2. «Исцеление короля и восстановление волшебной страны» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей»;
3. «Подарки здраволюбцам» - для детей 9-11 лет. Источник – Н.А. Гусева «Тренинг предупреждения вредных привычек у детей»;
4. «Открытая конференция» - для детей 12-13 лет. Источник - В.Б. Шапарь «Тренинг ведущих видов деятельности личности».

Технология аддиктологического консультирования на этапе первично-профилактической помощи

Аддиктологическое консультирование – это специфическая форма психологической помощи лицам с высокими рисками и признаками формирования аддиктивных расстройств, в частности - игромании, интернет-зависимости.

Цель такого рода помощи заключается в эффективном снижении рисков формирования аддиктивной патологии у консультируемого субъекта.

Задачи аддиктологического консультирования на рассматриваемом уровне помощи совпадают с основными этапами реализации данной технологии:

- выявление особенностей презентации моделей здоровья-болезни и стадии готовности к терапевтическим изменениям (по Дж. Прохазка и К. Ди Клементе, 1986) у консультируемых лиц (*диагностический этап*);
- формирование адекватных представлений о возможностях снижения соответствующих рисков и терапевтических сценариях продвижения к полу-су здоровью (*терапевтический этап*);
- продвижение клиента по стадиям поведения (по Дж. Прохазка и К. Ди Клементе, 1986) с мотивацией к достижению желательных результатов (*мотивационный этап*).

Аддиктологическое консультирование может осуществляться специалистом-психологом, врачом-аддиктологом (наркологом), специалистом по социальной работе, которые прошли тематическое ус-

вершенствование, либо специальные курсы по профилю аддиктологического консультирования.

В ходе реализации диагностического этапа необходимо учитывать результаты предшествующей диагностики по соответствующим методикам (см. раздел «Диагностические технологии»), показывающим уровни психологического здоровья - устойчивости и степень вовлечения респондента в игроманию. Общая стратегия аддиктологического консультирования может различаться в зависимости от принадлежности респондента к одной из двух подгрупп, формирующих общую условную группу для данного этапа профильной помощи. Так, например, в случае выявления относительно высокого уровня психологического здоровья - устойчивости у клиента можно ограничиться формированием терапевтической конфронтации между жизненным сценарием и сценарием социальных потерь, неизбежным в случае дальнейшего развития симптомов игромании. В последующем формируется дерево решений, направленных на обратное развитие имеющих место начальных признаков чрезмерного увлечения игрой.

Однако гораздо чаще имеет место менее благоприятное сочетание выявленных при соответствующей диагностике низких уровней психологического здоровья - устойчивости с признаками вовлечения в игроманию. В этом случае необходимо проведение полноформатного варианта консультирования. Данный вариант включает следующие компоненты дополнительной диагностики:

1) степень аноногнозии (отсутствие сознания болезни) – от полного отрицания наличия каких-либо проблем, связанных с чрезмерным увлечением игрой, – до признания некоторого дискомфорта, который «сразу же будет устраниён после моего решения прекратить играть, а это решение я могу принять в любой момент»... и т.п.;

2) особенность простраивания отношения клиента к понятиям «здоровье - свобода», «болезнь - зависимость» применительно к признакам формирующегося патологического пристрастия к азартным играм – от облегченно-поверхностного (недооценка) до преувеличенно-трагического (переоценка) – «всё пропало, мне никто не поможет, из этого уже не выбраться и т.д.»;

3) особенности информирования, представления клиента о возможных путях перехода от состояния «болезни - зависимости» к «здравью - свободе» - от полного отсутствия таких представлений или неадекватной самонадеянности «стоит мне только захотеть, и я сам брошу всё, что связано с игрой» – до попыток детально разобраться в существующих возможностях помощи.

Далее, следует иметь в виду, что на данном диагностическом этапе аддиктологического консультирования крайне желательно установление доверительного контакта, терапевтических отношений между консультантом и клиентом. Для этого рекомен-

дуется постоянно подчёркивать полную конфиденциальность и безопасность подобного контакта, безоценочное принятие всего того, что исходит от клиента, демонстрируемое на вербальном и невербальном уровнях. Следует проявлять интерес к ожиданиям и потребностям клиента, подчёркивая, что окончательное решение того, какой вид помощи ему подходит более всего, остается за ним и его семьей. В данной связи консультанту следует помнить, что чаще всего к явным потребностям клиентов с аддиктологической патологией относятся: полная гарантия безопасности, широкий ассортимент, доступность, высокое качество предоставляемых услуг, гуманное отношение и высокая степень эмпатии, проявляемой в отношении личных переживаний клиента. К скрытым и нечасто афишируемым потребностям – чёткое и понятное обоснование возможностей эффективной помощи с предоставлением клиенту права выбора предлагаемых видов данной помощи (Катков А.Л., 2007). В случае отсутствия выраженной аноногнозии и наличия явно выраженной переоценки имеющихся признаков психологической зависимости необходимо иметь в виду, что уже на первом диагностическом этапе должен в максимальной степени эксплуатироваться основной принцип аддиктологического консультирования: «обнадёживающая правда», то есть клиенту даётся объективная правдивая информация о его состоянии. Однако при этом усиливается позитивный контекст подачи данной информации, делается акцент на ресурсном потенциале клиента и терапевтических возможностях специально созданной среды.

Диагностический этап завершается констатацией того очевидного обстоятельства, что весьма часто причинами как недооценки, так и переоценки тяжести ситуации клиента (то и другое препятствует достижению желаемого результата) является дефицит информации о состояниях «болезни-зависимости», «здравья – свободы», путях продвижения от зависимости к свободе применительно к патологическому пристрастию к азартным играм.

Второй этап – собственно терапевтический – как раз и посвящён разработке этого последнего тезиса. Аддиктологическое консультирование, по сути, представляет собой технологию сквозного мотивационного информирования, когда перед клиентом, с которым уже установлены терапевтические отношения, разворачивается, во-первых – содержание понятий «зависимость», «свобода от зависимости», а во-вторых – возможность перехода от одного состояния к другому в ключе когнитивно-поведенческого подхода. Такого рода информирование – это ни в коем случае не академическая лекция или специальный семинар. Односторонняя подача информации без учёта реакций и встречной активности клиента «а у меня...» чаще всего способствует регрессу терапевтического пространства, в котором действуют консультант и клиент.

Наиболее продуктивным способом здесь является стимуляция активности клиента за счёт целенаправленных открытых вопросов терапевта, ответов на собственные вопросы клиента с возвратом инициативы «а вы что думаете по этому поводу», «а вы как считаете?», «как это происходит в вашем случае?» и т.д. Таким образом, выстраивается заинтересованный диалог, в ходе которого клиент с недирективной и экологически выверенной поддержкой консультанта выстраивает адекватную модель исходного и желаемого состояния, прорабатывает приемлемый для него маршрут продвижения к существенному снижению рисков и редукции начальных признаков формирования игромании. В завершение данного этапа полезно оценить разницу в степени информированности клиента по основным обсуждаемым темам «до» и «после» заинтересованного диалога, например, предложить клиенту сформулировать «сухой остаток» от проделанной на данном этапе совместной работы.

Третий этап (мотивационный) направлен на стимуляцию принятия решения клиентом в пользу реализации приемлемого для него терапевтического сценария, который может включать как краткосрочные психотерапевтические интервенции, так и более длительные программы по обучению саморегуляции, самоорганизации, семейной терапии и др.

Основная сложность оказания помощи клиенту на данном этапе связана с проблемой преодоления амбивалентности (двойственности) в изначальных установках, решениях, действиях, в той или иной степени присущей зависимым лицам. Общая стратегия консультирования в данной связи должна быть направлена на то, чтобы клиент (с помощью недирективных и экологически выверенных действий психотерапевта, например, точно поставленных вопросов) сформулировал и, по мере возможности, проработал имеющийся конфликт между потворствующим зависимому поведению сценарием и сценарием самообладания. Здесь могут быть проанализированы и взвешены все аргументы «за» и «против». А также сделаны первые шаги по терапевтическому растождествлению субличностей «Я - зависимый», «Я - избавляющийся от зависимости».

В ходе проработки вышенназванных вопросов консультанту следует оценивать степень продвижения клиента по стадиям терапевтических изменений в модели Дж.Прохазки, К.Ди Клементе. Данная модель включает:

- а) стадию предразмышлений, когда клиент еще не имеет серьезного намерения изменить свое вредное для здоровья поведение и рассуждает о терапевтических возможностях как о некой абстракции;
- б) стадию размышлений, когда возможности изменения вредного для собственного здоровья, карьеры, семьи, поведения рассматриваются всерьез;
- в) стадию действия, когда составляются реальные планы отказа и освобождения от рискованных

форм поведения, принимаются чёткие, продуманные решения в пользу из реализации.

На рассматриваемом мотивационном этапе аддиктологического консультирования удовлетворительным результатом можно считать продвижение клиента от первой стадии предразмышления ко второй и третьей стадиям терапевтических изменений, или же от второй к третьей стадии (осмысленные действия по преодолению формирующейся зависимости). О степени продвижения по стадиям терапевтических изменений судят по характеру высказываний клиента, неверbalным реакциям, степени уверенности в реализации сформированных планов. В случае отсутствия признаков продвижения от первой ко второй - третьей стадиям изменений поведения клиенту предлагается повторная консультация и оговаривается время, необходимое для обдумывания полученной информации и своих действий в данной связи.

В целом, процедуру аддиктологического консультирования, проводимого на этапе первично-профилактической помощи, следует считать удачной, если был осуществлён перевод клиента от антiresурсных к ресурсным состояниям в следующих модальностях:

- 1) от неопределенности к определённости;
- 2) от безнадёжности к надежде;
- 3) от деструктивных мифов, определяющих пассивное и зависимое поведение клиента, к конструктивным сценариям освобождения от начальных признаков игровой зависимости.

Технология работы с семьей «Семья и школа вместе» (FAST)

Программа «FAST – семья и школа вместе» представляет собой комплексное высокоструктурированное взаимодействие специалистов – школьных психологов, социальных педагогов, иных специалистов, занимающихся воспитательной работой в учебных заведениях, – с родителями и детьми, обучающимися в данном учебном заведении.

Конечной целью FAST является повышение уровня адаптации, социализации и успешности в быту, школе и обществе за счёт реализации основных задач и компонентов программы:

- выстраивания системы запретных факторов для ребёнка;
- поддержки родителей и усиления родительской позиции;
- расширения участия родителей в делах школы, укрепления социальных взаимоотношений с другими родителями в школе и учителями;
- снижение риска повседневного стресса для ребёнка и семьи;
- снижение риска злоупотребления алкоголем, наркотиками, другими психоактивными веществами;

- снижение риска вовлечения в психологическую зависимость (включая игроманию, интернет-зависимость).

Программа FAST была разработана доктором Линн Мак Дональд, профессором исследований по социальной работе Университета Мидлсекса (Великобритания) на основании социоэкологической теории детского развития.

Программа включает универсальный 8-недельный учебный план для построения отношений между родителями и детьми, родителями и школой, а также между родителями и местным сообществом. После успешного завершения программы родители продолжают встречаться каждый месяц. Это поддерживает достигнутый уровень результатов и способствует дальнейшим позитивным изменениям.

В рамках реализации программы, в ходе еженедельных занятий, дети и родители принимают участие в мероприятиях, разработанных для улучшения результатов по всем направлениям и компонентам программы. Эти мероприятия включают:

- a) пояснение ролей и обязанностей участников объединенных групп;
- б) наставничество с использованием специальных таблиц;
- в) разработка флагков семьи;
- г) подготовка специального угощения и общения семей в объединенной группе;
- д) разучивание приветствия FAST;
- е) разучивание специальных имитационных упражнений: «каракули», «шарады чувств», «время с другом», «родительский час», «детский час», «особая игра», «дождь»;
- ж) семейный ужин;
- з) семейные игры;
- и) выслушивание и общение;
- к) непосредственное общение родителей со своим ребенком;
- л) налаживание отношений с другими родителями и обществом.

Программа FAST представляет собой всемирно признанную практику с доказательной эффективностью в отношении достижения заявленных целей. В истории применения данной программы во многих странах (Австрия, Австралия, Великобритания, Германия, Голландия, Канада, Россия, США и др.) наблюдались самые высокие результаты и показатели среди аналогичных программ. Данную программу официально рекомендует UNODC – авторитетное агентство Организации Объединенных Наций – в качестве эффективного средства первичной профилактики распространения химической и психологической зависимости.

В Казахстане внедрение FAST было начато в 2010 году в рамках пилотного проекта UNODC в 4-х общеобразовательных школах. Оценка промежуточных результатов реализации программы подтвердила её высокую эффективность. В ходе реализации пилот-

ного проекта была подготовлена региональная команда тренеров (6 специалистов), которые могут проводить соответствующие семинары-тренинги для внедрения FAST в конкретных образовательных учреждениях.

Технология экспресс-психотерапии

Под экспресс-психотерапией понимается практика использования достаточно специфических методик и средств профессиональной психотерапии с целью достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов в ограниченные временные периоды (1-3 терапевтические сессии).

Задачей экспресс-психотерапии (ЭП) на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи является формирование (в сверхинтенсивном режиме) всех возможных психологических предпосылок, способствующих стойкому отказу от пока ещё неочевидно вредного увлечения азартными играми, имеющего место у клиента.

Это последнее обстоятельство – временное отсутствие очевидно вредных последствий в виде сформированного патологического влияния и отчётливых признаков социального дрейфа и др. – работает в обе стороны: существенно осложняет процесс терапии и консультирования в силу неосознанности, «непережитости» контраргументов того, почему всё же не стоит продолжать игровую практику (данное обстоятельство – отсутствие какой-либо мотивация на прекращение игровой практики у клиента – для многих терапевтов и консультантов является аргументами для отказа от проведения соответствующих интервенций); но в тоже время может и способствовать долговременному успеху в терапии в силу пока ещё несформированного биологического «рычага» патологического влечения, возвращающего зависимого субъекта к привычному способу патологической адаптации. В связи с чем психотерапия, проводимая на этапах первично-профилактической аддиктологической помощи, прежде всего, акцентирована на мотивационную сферу, и только во вторую очередь – на когнитивную и поведенческую сферу клиентов как на основные мишени воздействия.

Другое препятствие в достижении удовлетворительных и долговременных результатов связано с тем обстоятельством, что существенная часть охватываемого контингента представлена подростками (а в последние годы и детьми), т.е. лицами с незрелой психикой, что требует подключения достаточно интенсивной, иногда долговременной семейной психотерапии.

Методика проведения ЭП включает следующие этапы:

- этап установления доверительного контакта, проводимый с акцентом на мета-технологии экспресс-психотерапевтического воздействия. Основная

задача данного этапа – перевод клиента в первичное ресурсное состояние и достижение множественной гиперпластики;

– диссоциация личностных статусов с актуализацией и позитивным подкреплением «сильного Я», ориентированного на достижение долгосрочных результатов и на сущностное решение возникающих проблем;

– актуализация конструктивного жизненного сценария (с его детализацией, достраиванием при необходимости, позитивным подкреплением) с одновременной идентификацией препятствий и проблем, возникающих на пути его реализации;

– обсуждение вариантов решения данных проблем, последовательное проигрывание этих вариантов с использованием техник полимодальной экспресс-психотерапии, позитивным подкреплением креативной активности клиента. В ходе прохождения данного этапа прорабатываются 4 важнейшие задачи: адекватное решение актуальных проблем, укрепление позитивного сценария, перевода клиента в устойчивое ресурсное состояние, формирование новых копинг-стратегий по преодолению проблемных ситуаций;

– обсуждение альтернативных игровой практике вариантов получения удовольствия, удовлетворения от жизни; «проживание» этих вариантов в игровых техниках полимодальной экспресс-психотерапии;

– провокация – драматическое проживание конфликта между позитивным жизненным сценарием и сценарием увлечения азартными играми; с организацией аффективированного путешествия клиента по «лестнице потерь»; с игровой техникой «два магазина», ярко демонстрирующей все ловушки и способы циничного самообмана, используемого при сформированной игромании. В ходе прохождения данного этапа решается важнейшая задача выбора конструктивного жизненного сценария с удалением практики азартных игр из всех осознаваемых и неосознаваемых горизонтов жизни клиента;

– завершающий этап, в ходе которого обсуждаются правила принятия решений в сложных жизненных ситуациях (такие решения должно принимать только «сильное Я» клиента), разучаиваются способы быстрой мобилизации и актуализации

«сильного Я». Подводятся итоги всей работы. Основной задачей данного этапа является дальнейшее укрепление и трансляция позитивного сценария в будущее клиента.

Главной особенностью данной методики являются акценты на формирование первичного ресурсного состояния у клиента на начальных этапах работы, что, собственно, и обеспечивает высокий уровень мотивации на продолжение терапевтического процесса, а также – на формирование отрицательной мотивации к дальнейшему вовлечению в практику азартных игр, которые, в нашем случае, не вообще «вредны, плохи» и т.д., но выступают в качестве реального препятствия к осуществлению самых важных жизненных планов и целей. Только в контексте данного абсолютно реального и драматически проживаемого конфликта и возможно формирование «судьбоносного» решения об исключении азартных игр из всех жизненных горизонтов клиента.

Реализация вышеприведенной методики возможна как в консультативном (с акцентом на когнитивный технологический компонент), так и в психотерапевтическом (с акцентом на эмоциональный и поведенческие компоненты) вариантах.

Промежуточным индикатором эффективности данной методики является достижение более высоких уровней устойчивости к вовлечению в зависимость от азартных игр, определяемых повторным тестированием.

Конечным индикатором эффективности в этом случае будут данные долговременного наблюдения и факты устойчивого отказа от практики азартных игр.

Заключение

Апробация вышеназванных технологий первичной профилактики игровой зависимости в ходе реализации научно-технической программы РНПЦ МСПН показала их высокую надежность и эффективность. В связи с чем, данные технологии были включены в стандарт первичной профилактики социальных эпидемий, рекомендуемый к использованию в системе среднего образования.

Внедрение данного стандарта позволит эффективно противодействовать процессу распространения зависимости среди детей и подростков.

Список использованной литературы:

1. Вачков, И.В. Основы группового тренинга. Психотехники. – М.: Ось-89, 2007. – 255 с.
2. Гусева, Н.А. Тренинг предупреждения вредных привычек у детей. – СПб.: Речь, 2003. – 253 с.
3. Катков, А.Л. Наркологическое консультирование на этапах медико-социальной реабилитации зависимых от опиоидов // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 4. – С. 7-11.
4. Козлов, В.В., Карпов, А.А. Психология игровой зависимости // Ж. Психотерапия. – М.: 2011. – С. 332.
5. Малкина – Пых, И.Г. Возрастные кризисы / справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2004. – 894 с.
6. Малкина – Пых, И.Г. Психосоматика. Новейший справочник. – М.: Эксмо, СПб.: Сова, 2003. – 926 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / ВОЗ; Россия, СПб, 1994. – 303 с.
8. Миронников, В., Скляренко, В., Щербак, Г. 50 знаменитых бизнесменов. – Харьков: Фолно, 2003.

-
-
9. Петрова, Е. Избранные упражнения для работы в группах риска. – СПб, 2000.
 10. Ромендик, Д.М. Тренинг личностного роста / учебное пособие. – М.: Форум, Инфа-М, 2007.
 11. Шапарь, В.Б., Кулаковский, А.С., Назаров, О.А., Лебедева, С.Ю. Тренинг ведущих видов деятельности личности. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 365 с.
 12. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR). – Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.

УДК 616.89:316.6

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – УСТОЙЧИВОСТИ К ВОВЛЕЧЕНИЮ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

А.Л. Катков

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

Введение

В ходе реализации многолетней исследовательской программы по комплексному изучению проблемы социальных эпидемий, связанной с распространением адаптационных расстройств, химической, деструктивной психологической зависимости, нами были идентифицированы базисные факторы иска-устойчивости, характерные для всех типов изучаемых эпидемий.

Идентифицированная система универсальных факторов риска-устойчивости, в силу их общей принадлежности к психологическим характеристикам субъекта, явилась стержнем разработанной в рамках настоящего комплексного исследования функциональной концепции психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

Обоснованность использования термина «функциональная» связана с прагматической направленностью основных концептуальных узлов, положений, разрабатываемых подходов, обеспечивающих возможность интенсивного технологического и инструментального «выхода», и, далее, - масштабного инновационного внедрения.

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. Эрикссоном (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. Эрикссону, 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 повторять 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. Эрикссону), 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 ПАВ или специаль-

ных 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 отличается 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 (сценарiev), 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 повышение качества жизни субъекта, что, в совокупности, достаточно надежно профилактирует 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, изобилующей 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 формиро-

мирования – 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. Т.е. 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 деятельностьное 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

ля. 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 профилактирует, 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 проработанного 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 ком-

бинации ресурсных характеристик приоритет отводится группе креативно-пластических ресурсов, обеспечивающей 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 профилактирует 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.

Наиболее полно и системно сценарии формирования анализируемых личностных свойств описаны Э. Эриксоном (1959) в следующих возрастных рамках и полярных вариантах прохождения жизненных кризисов – ключевых этапов становления идентичности:

1) в первый год жизни у ребенка формируется базисное *доверие* (конструктивный сценарий) или *недоверие* (деструктивный сценарий) к основным агентам со-бытия;

2) в возрасте от 1 года до 3-х лет формируются такие характеристики, как *автономность, уверенность* (конструктивный сценарий) или *сомнение, стыд* (деструктивный сценарий);

3) в возрасте от 3-х до 6 лет формируется *инициатива* (конструктивный сценарий) или чувство *вины и скованность* (деструктивный сценарий);

4) в возрасте от 6 до 12 лет формируются *трудолюбие, ответственность* (конструктивный сце-

нарий), либо чувство *неполноценности, избегание сложностей* (деструктивный сценарий);

5) в возрасте от 12 до 18 лет завершается личностное *самоопределение, идентификация* (конструктивный сценарий), либо формируются *недифференцированность, серость, конформизм* (деструктивный сценарий);

6) в возрасте от 18 до 25 лет формируется *инициатива, общительность, открытость* (конструктивный сценарий) или *изоляция, отклонения в психике* (деструктивный сценарий);

7) в возрасте от 25 до 64 лет формируется *творчество, передача опыта следующим поколениям* (конструктивный сценарий) или *застой, эгоцентризм, непродуктивность, инвалидизация* (деструктивный сценарий);

8) в возрасте после 64 лет формируется *целостность, принятие жизни, смирение* (конструктивный сценарий), либо *отчаяние, переживание беспомощности жизни* (деструктивный вариант прохождения жизненных кризисов).

Среди разнообразных факторов, имеющих отношение к формированию конструктивного, либо деструктивного сценариев личностного развития, обычно выделяют обую роль родительско-детских отношений и внутрисемейных правил, роль основных агентов развития.

В нашем варианте вышеупомянутая схема полярных сценариев личностного развития по Э. Эриксону существенно расширяется на этапе описания 5-го жизненного кризиса (возраст 12-18 лет), на котором, помимо завершения личностной идентификации, должны быть сформированы и другие личностные свойства, обеспечивающие функцию устойчивости субъекта к вовлечению в социальные эпидемии.

2. Исследованные психологические свойства – характеристики личности – складываются в функциональные блоки следующего порядка, обеспечивающие высокий уровень адаптации субъекта в агрессивной среде.

Первый функциональные блок дополняет схему иерархии индивидуальных потребностей А. Маслоу (1954), в традиционном варианте включающую 5 потребностных уровней – физиологические, безопасности, принадлежности и любви, уважения, самоактуализации. В нашем случае к поименованным иерархическим уровням добавляется еще и 6-й уровень – потребность в эффективной самоорганизации. Данный уровень достаточно четко дифференцируется от предшествующего потребностного уровня – самоактуализации – прежде всего за счет оригинального содержания и вполне осознаваемого характера манифестации этого нового класса потребностей. Кроме того, по нашим данным, деятельностьное удовлетворение потребностей в эффективной самоорганизации существенным образом меняет пирамидальную иерархическую конструкцию А. Маслоу. Т.е. развитие ситуации теперь мож-

но представлять следующим образом: 1) вследствие адекватного развития поименованных универсальных свойств актуализируются потребности в эффективной самоорганизации субъекта; 2) далее, данный потребностный уровень полноценно удовлетворяется, что и является ключевым моментом обретения осознанной не-зависимости от возможных «атак» нижележащих (в онтогенетическом плане) уровней; 3) т.е. с этого момента основанием конструкции является перевернутая пирамидальная вершина 6-го потребностного уровня, поскольку именно этот, новый класс потребностей определяет поведение субъекта и выстраивает обновленную иерархию (новый порядок) актуальных потребностей других уровней; 4) таким образом, общую конфигурацию актуальных потребностей человека, складывающуюся после ключевого перехода к 6-му уровню, можно представить знаком «Х», где основанием будет пирамидальный сектор потребностей в самоорганизации, а продолжением – расходящиеся грани перевернутого классического треугольника (по А. Маслоу), где уровни организации традиционных потребностей меняются на иной системный принцип, соответствующий идентификационной сущности самоорганизованного человека; 5) данная конфигурация обладает существенно более высокой степенью устойчивости в агрессивной среде, поскольку эффективно профилактирует осознаваемые и неосознаваемые поиски «коротких путей к счастью» со всех возможных направлений.

Идентифицированные нами алгоритмы (деструктивный и конструктивный) реализации потребностного цикла субъекта дополняют концепцию потребностных циклов в аспекте формирования патологической зависимости (Валентик Ю.В., 1998). Проведенные исследования позволили уточнить, что в данном случае речь идет не только о способах разрядки блокированной энергии, «скопившейся» в результате нереализованных потребностей, сколько о формировании чаще неосознаваемого ресурсного запроса у субъекта, находящегося в состоянии адаптационного кризиса, и возможности сверхбыстрого удовлетворения такого запроса за счет употребления ПАВ и деструктивных психотехнологий. При этом было показано, что при формировании патологической зависимости имеет место определенная последовательность событий: 1) формирование дефицита свойств психологического здоровья – устойчивости, приводящего к слабости интегративной функции самоорганизующего, целенаправленного поведения и дезорганизации соответствующих мотивационных структур; 2) манифестация адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации, блокирующего и без того дефицитарную функцию самоорганизации; 3) актуализация чаще неосознаваемого ресурсного запроса, направленного в сторону «короткой дороги к счастью», прохождение которой связано с употреблением

ПАВ и реализацией специальных психотехнологий измененного сознания; 4) удовлетворение запроса на сверхбыстрый ресурсный доступ с высокой вероятностью формирования химической, либо деструктивной психологической зависимости – патологических форм адаптации субъекта. В данном случае имеет значение практически идеальное совпадение характера неосознаваемого ресурсного запроса с уникальным комплексом свойств, присущих психоактивным веществам, и деструктивными психотехнологиями – те, и другие являются: адаптогенами сверхбыстрого действия, универсальными заменителями нереализованных потребностей, эффективными протекторами «чудесного» появления желаемых личностных свойств или форм поведения, успешными блокаторами негативной эмоционально заряженной памяти (в том числе памяти о пережитой физической и душевной боли). Повторный прием ПАВ, кроме того, устраняет последствия предшествующей интоксикации. Какие-либо упрощенные представления о взаимодействии этих двух составляющих рассматриваемого потребностного цикла вряд ли приведут к искомым результатам. В то же время, на основании отмеченных закономерностей, понятно, что соответствующие профилактические программы должны быть представлены как «дальними», так и «ближними» подходами, первые из которых направлены на преодоление дефицита в системе универсальных факторов риска-устойчивости, а вторые – на разработку и масштабную реализацию технологий экспресс-психотерапевтической помощи.

Идентифицированный личностный статус – Я-ресурсный/ая, – актуализирующийся в момент адаптационного напряжения и способствующий прохождению кризисных этапов в режиме стресс-серфинга, дополняет концепции Э. Берна (1979), Р. Асаджиоли (1965), Ю.В. Валентика (2002) о структуре личности, субличностях, универсальных нормативных личностных статусах. В приведенных выше теоретических построениях такого рода необходимые, с нашей точки зрения, личностные концепты, обосновывающие возможность эффективной самоорганизации субъекта в условиях агрессивной среды, не дифференцируются и не рассматриваются. В то же время нашими исследованиями были продемонстрированы: во-первых, возможность терапевтической диссоциации (растождествления по Р. Асаджиоли) рассматриваемого личностного статуса; во-вторых – исключительная важность внутреннего диалога диссоциированных личностных статусов Я-ресурсный/ая – Я-нуждающийся/щаяся в помощи и поддержке, крайне желательного в острой кризисной ситуации, когда возможности оказания экстренной психотерапевтической помощи отсутствуют; в-третьих, по результатам ретроспективного анализа в исследуемых группах было показано, что спонтанные диалоги такого рода в кризисной ситуации

не столь уже редкое явление, и что «ценой» такой своевременной терапевтической диссоциации иногда выступает спасенная человеческая жизнь; наконец, в-четвертых, – возможность форсированной проработки обсуждаемого ресурсного личностного статуса в терапевтических и тренинговых технологиях, и его актуализации в режиме стресс-серфинга. В нашем случае данная идентифицированная личностная характеристика встраивается в систему универсальных факторов риска-устойчивости (свойство достаточности психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария);

Идентифицированная таким образом система функциональных структур следующего порядка, как понятно из всего сказанного, является психологической матрицей, необходимой для формирования крайне важной интегративной функции психики, обеспечивающей: 1) эффективную самоорганизацию; 2) устойчивость; 3) безопасность человека в агрессивной среде. Данная интегративная функция, отслеживаемая на всех этапах ее становления, является главной мишенью для разрабатываемых инновационных профилактических и терапевтических воздействий.

3. Главный теоретический вывод, который следует из основных положений концепции психологического здоровья - устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, заключается в том, что в условиях агрессивной (и все более ухудшающейся в этом смысле) среды абсолютным приоритетом в системе интегрального здоровья человека является уровень его психологического здоровья. Соответственно, в системе доминирующего биопсихосоциального подхода таким приоритетом должны являться компоненты эффективного психологического воздействия на идентифицированные универсальные мишени. Так, проведенный нами в рамках настоящего комплексного исследования анализ системного доктринального и институционального дефицитов в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий убедительно показал, что на сегодняшний день в качестве единственной актуальной альтернативы утрачиваемым саногенным механизмам может выступать лишь самоорганизующая активность человека. Основной предмет такого рода активности – форсированное развитие адаптационных способностей, обеспечивающих не только выживание, но и высокое качество жизни, эффективное социальной функционирование в агрессивной информационной и биологической среде.

Далее, на основании проведенных нами исследований, можно считать полностью доказанным тот факт, что такого рода целенаправленная самоорганизующая активность, в частности, приверженность к так называемому здоровому образу жизни, не являются самодостаточными или изолированными

свойствами человеческой психики. Наличие данных характеристик у субъекта есть следствие общего высокого уровня развития у него свойств психологического здоровья-устойчивости, и гарантия того, что сформированная таким образом мета-позиция не изменится под давлением времени и обстоятельств.

В связи со всем сказанным, в рамках разработанной концепции нами предлагается следующее функциональное уточнение к известному определению здоровья, данному Всемирной Организацией Здравоохранения в 1958 году (т.е. в то время, когда обсуждаемые деструктивные социальные процессы еще не имели отчетливых эпидемических признаков) - состояние полного физического, психического и социального благополучия при отсутствии болезней и физических дефектов:

- функциональное уточнение к соматическому компоненту интегрального здоровья – способность присутствовать и функционировать в реальности в качестве полноценного биологического субъекта;
- функциональное уточнение к психическому компоненту интегрального здоровья – способность к адекватному восприятию, взаимодействию с реальностью в качестве полноценного субъекта;

- функциональное уточнение к приоритетному психологическому компоненту интегрального здоровья – способность к эффективной самоорганизации, обеспечивающей адекватную адаптацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде.

Приведенные функциональные уточнения, во-первых, ориентированы на перспективу эффективного преодоления или компенсации утрачиваемых саногенных механизмов, рассматривая поименованные компоненты интегрального здоровья как потенциальные способы, которые нужно развивать. Во-вторых, общая способность к эффективной самоорганизации, в частности, к развитию первых двух компонентов интегрального здоровья адресуется к

третьему, приоритетному компоненту психологического здоровья, что адекватно иозвучно с реалиями сегодняшнего дня.

Выводы

Основным практическим выходом разработанной функциональной концепции психологического здоровья являются:

- возможности полноценной компенсации доктринального дефицита в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий, связанной с новым пониманием здоровья и способов его активного формирования в современном мире;
- возможности активной методологической перестройки научно-практических дисциплин, имеющих непосредственное отношение к проблеме социальных эпидемий: аддиктологии, наркологии, психотерапии, практической психологии, а также – соответствующих служб, действующих в системе здравоохранения и образования;
- перспективы существенного обновления совокупности универсальных и специфических мишеней – основных точек приложения и фокуса профессиональной активности специалистов – аддиктологического, наркологического, психотерапевтического, психологического профиля, действующих в системе здравоохранения и образования;
- перспективы существенного расширения ассортимента диагностических, профилактических, развивающих, терапевтических и реабилитационных технологий, используемых в сфере противодействия распространению социальных эпидемий.

Таким образом, с разработкой научно-обоснованной концепции психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии у специалистов, действующих в данной сфере, появляются адекватные инструменты воздействия на деструктивные социальные процессы с перспективой установления приемлемого уровня контроля.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

ИНТЕГРАТИВНЫЙ МЕТОД СУГГЕСТИВНО-ОБРАЗНОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Н.С. Козлова, Е.Ю. Палкина, Е.Ф. Потехина, М.В. Одегова, Т.В. Кривошеева

Государственное учреждение здравоохранения областная клиническая психиатрическая больница «Богородское»

На протяжении тринадцати лет в ГУЗ Ивановской областной клинической психиатрической больнице «Богородское» нами используется интегративный психотерапевтический метод суггестивно-образной терапии (СОТ) для лечения пациентов с различными видами сформировавшейся зависимости, в том числе госпитализмом. Метод СОТ даёт быстрый эффект, хорошо воспринимается на бессознательном уровне, обходя феномен сопротивления, позволяет охватывать большое количество пациентов.

В процессе работы с пациентами наш метод обогащался новыми психотерапевтическими подходами и техниками, в том числе элементами телесной медитации и символдрамы, в связи с чем, приобрёл диагностические возможности. Работая с вышепоказанным контингентом, мы отметили значительное влияние метода на депрессивную симптоматику различной этиологии, что дало возможность расширить показания для применения метода. Лечение методом СОТ приводило к изменению у пациентов восприятия себя и окружающего мира, быстрому выходу из депрессии, конструктивному изменению поведения и повышению его активности. Через метод суггестивно-образной терапии пациент обучается объективному контакту с реальностью, включается такой механизм защиты, как рационализация, происходит осознавание эмоций, что даёт пациенту возможность выбора (либо выражать свои чувства, либо сдерживать) и конструктивного регулирования своего поведения. Отвлечённый философский язык используемых притч не только обходит сопротивление пациента, но и формирует более адекватное эмоционально-уравновешенное отношение к реальности. Этот эффект значительно усиливается фонограммами, имеющими медитативно- успокаивающее содержание. Во время сеансов посредством подсознательного символического диалога происходит взаимодействие когнитивно опосредованных форм сознания. Чрез символические зеркальные проекции диагностируется и одновременно корректируется поведенческое проявление переживаемых бессознательных конфликтов.

Учитывая наличие у пациентов не только резидуальных проявлений перенесённой депрессии, депрессивной составляющей других синдромов, но и депрессивное восприятие пребывания в психиатрическом стационаре, проблемы стигматизации,

тоску по дому, можно с уверенностью назначать СОТ вышеуказанному контингенту больных.

Таким образом, показаниями к суггестивно-образной терапии являются:

- 1) зависимые черты личности у пациентов;
- 2) все виды сформировавшейся зависимости;
- 3) депрессивные проявления различной этиологии.

Мы использовали метод суггестивно-образной терапии как симптоматический, который может применяться в случаях, когда за короткое время необходимо оказать действенную помощь большому количеству пациентов (в период пребывания их в стационаре). Применение метода СОТ к пациентам, страдающим депрессивными расстройствами, особенно целесообразно в связи с тем, что у таких больных нарушение мотивационного процесса обусловлено бессознательными психологическими механизмами, а метод суггестивно-образной терапии, прежде всего, воздействует на бессознательные внутриличностные процессы. За счёт данного метода происходит частичная когнитивная реконструкция, что увеличивает социальную компетентность данных пациентов и мотивирует их на активную работу над собой и участие в процессе лечения. В процессе работы формировался образ достижения и новые варианты поведения. Для этих целей использовались специально подобранные для каждого занятия притчи, иносказательный язык которых помогал обойти сопротивление пациентов и произвести переформирование внутренних ценностей на доступном для понимания пациентов уровне.

Курс лечения состоит из 5 сеансов.

На первом сеансе проводилось разделение стереотипов поведения на негативный и позитивный компоненты, формировался образ достижения. Это приводило пациента к осознанию того, что субъективное представление о себе, о мире и существующая реальность различаются. Новое понимание формировало представление о возможности обрести себя и жить в реальном мире.

На втором сеансе обсуждались вопросы позитивного значения заболевания (идентификация стереотипа) и варианты замены, при этом использовался рефрейминг.

Во время третьего сеанса пациент получал информацию о частях личности и возможности долговых отношений между ними.

На четвёртом сеансе пациента информировали о его возможностях, им осуществлялось расширение целей, выбор других вариантов поведения.

На пятом сеансе завершалось формирование нового «Я». Весь курс в целом помогал больному по-новому оценить свою жизнь, принять себя таким, какой есть, и построить новую программу поведения.

Нами были проанализированы результаты лечения 196 пациенток женского психиатрического отделения, проходивших курс реабилитации в психиатрическом реабилитационном отделении (ПРО) в 2006-2010 гг., которые страдали в той или иной степени выраженности депрессивными расстройствами. Из общего числа пациенток 104 чел. прошли курс лечения методом суггестивно-образной терапии. Для сравнения отдалённых результатов лечения мы изучили катамнезы 92 пациенток данного отделения с аналогичной патологией, не получавших лечения методом СОТ (контрольная группа). По нозологии депрессивных расстройств больные основной обследуемой группы, прошедших курс лечения методом суггестивно-образной терапии, распределились следующим образом:

- депрессивный эпизод - 5 человек;
- шизоаффективное расстройство, депрессивный тип - 12 человек;
- острое преходящее психотическое расстройство с резидуальными депрессивными переживаниями - 8 человек;
- органическое депрессивное расстройство психотического уровня - 23 человека и непсихотического уровня - 9 человек;
- расстройство адаптации в форме депрессивной реакции - 13 человек;
- страдали шизофренией с депрессивными расстройствами в ходе становления ремиссии - 27 человек;
- хроническим бредовым расстройством с депрессивным фоном настроения страдал 1 человек;
- перенесли алкогольные психозы, страдали зависимостью в связи с употреблением алкоголя с депрессией в период абstinенции - 6 человек.

В результате лечения у всех пациентов отмечалось более быстрое появление критики к перенесённым психическим расстройствам, улучшение настроения, что внесло наиболее существенный вклад в повышение качества жизни больных. У больных шизофренией отмечалось уменьшение отгороженности, появление потребности в контактах с окружающими. Клинические изменения в когнитивной сфере у больных, перенесших психические расстройства в связи с органическими заболеваниями головного мозга, выражались в уменьшении растяянности, повышении активности, более продуктивном участии в диалоге. Отмечено сокращение

сроков пребывания пациентов, пролеченных по методике СОТ. Так, средняя длительность пребывания на койке выбывшего из отделения больного составила за исследуемый период 96,8. У пациенток, прошедших курс психотерапии методом суггестивно-образной терапии, этот же средний показатель составил 71,4, т.е. на $\frac{1}{4}$ меньше. Редукция психотической симптоматики, по данным историй болезни, была более быстрой и качественной.

Для сравнения отдалённых результатов лечения мы изучили катамнезы 92 пациенток данного отделения с аналогичной патологией, не получавших лечения методом СОТ (контрольная группа). Оказалось, что из 32 больных, страдающих органическими депрессивными расстройствами, пролеченными суггестивно-образной терапией, лишь у 6 чел. (18,75%) за исследуемый период отмечались повторные госпитализации, в то время как пациенток с указанными расстройствами, не пролеченными методом суггестивно-образной терапии, были регоспитализированы. Повторность поступлений больных шизофренией из контрольной группы составила более половины, в то время как среди аналогичных больных, пролеченных методом СОТ, за исследуемый период она составила лишь 25%. В группе больных психотическими расстройствами в связи с употреблением алкоголя, пролеченных методом суггестивно-образной терапии, регоспитализаций за исследуемый период не было. В контрольной группе из 8 человек отмечались 2 регоспитализации (25%).

Выводы

Таким образом, интегративный метод суггестивно-образной терапии, применяемый в комплексном лечении психически больных лиц, страдающих депрессией, значительно повышает эффективность лечения:

- а) помогает пациентам реально оценить себя и окружающий мир, построить новую, конструктивную программу своего поведения;
- б) у пациентов значительно быстрее наступает редукция психотической, особенно депрессивной, симптоматики;
- в) в значительной степени снижается повторность поступлений больных.

Следует отметить увеличение длительности и повышение качества ремиссий:

- уменьшение отгороженности;
- появление потребности в контактах с окружающими;
- восстановление внутрисемейных отношений.

Список использованной литературы:

1. Гриндер, Дж., Бендер, Р. Трансформация. - М., 1992.
2. Ассаджиоли Психосинтез. – REFL - book, 1994.
3. Уильямс, М., Тисдейл, Дж., Сигал, З. Выход из депрессии. - СПб.: Питер, 2002.

-
-
4. Когнитивная психотерапия / под ред. А. Бека и А. Фримена.
 5. Символдрама. - Европейский Гуманитарный Университет. - Минск, 2001.
 6. Сандромирский, М. Психосоматика и телесная психотерапия. - М.: Класс, 2005.
 7. Ефименко, В.Л. Депрессии в пожилом возрасте. - Л.: Медицина, 1985.
 8. Никитин, В.Н. Онтология телесности. - М.: Когито-Центр, 2006.
 9. Никитин, В.Н. Энциклопедия тела. - М.: Алтейа, 2000.
 10. Булюбаш, И.Д. Феномены языка и речи в практике гештальт-терапевта. - Бахрах-М, 2008.
 11. Ермошин, А. Вещи в теле. - Библиотека психологии и психотерапии. Вып. 72.
 12. Психология лечения зависимого поведения / под ред. С. Даулинга. - Библиотека психологии и психотерапии. Вып. 85.
 13. Вид, В.Д. Психотерапия шизофрении. - СПб.: Питер, 2001.
 14. Лоузен, А. Терапия, которая работает с телом. - СПб.: Речь, 2000.
 15. Старшенбаум, Г.В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей. - М.: Когито - Центр, 2006.
 16. Лебедев, В.Б., Биньковская, И.В. Мирры воображения: Руководство по интегративной имагогике. - М.: Изд-во Института психотерапии и психологии, 2002.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ/ЗАВИСИМОСТИ (обзор англоязычных литературных источников)

М.В. Прилуцкая-Сущенко

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

В течение последних 10 лет в мировом сообществе происходит бурный рост кибертехнологий, в том числе в области медиасферы: пространство сети Интернет, цифровое телевидение, формат мобильной коммуникации.

Природа таких явлений во многом обусловлена целым рядом факторов:

- научно-технический фактор;
- социально-экономический фактор;
- культуральный фактор;
- этический фактор;
- психологический фактор.

Использование медиаформатов в настоящее время обладает не только прикладным, но и адаптивным значением.

Присутствие отдельных реальностей медиа - пространства, предполагает возможность изменения сознания лица при входении в его пределы.

Ярким примером к этому может служить феномен интернет-аддикции, который подвергается детальному изучению, в том числе с попытками формирования четкой доказательной базы по данному вопросу [7, 8].

The McCreary Centre Society (Smith et al., 2009) выявили, что в Канаде 25% школьников проводят более 3 часов в день за просмотром телевидения или находятся в зоне Интернет и 15% школьников играют в видеоигры более 3 часов в день.

Согласно статистическим данным, от 6 до 14% интернет-пользователей страдают зависимостью (DeAngelis, 2000).

Согласно ссылке Hui Cao, Ying Sun, Yuhui Wan, Jiahua Hao, Fangbiao Tao (2011) распространённость проблемного использования Интернета среди подростков составляет: в Тихоокеанском регионе от 1% до 9%, на Среднем Востоке между 1% и 12%, в Азии между 2% и 18%.

Сфера мировой аддиктологии накапливает эмпирические данные, так и теоретические выводы и выкладки относительно использования Интернет-пространства (Belsare, Gaffney, & Black, 1997; Griffiths, 1997; Young, 1996, 1998, Huisman, van den Eijnden, & Garretsen, 2001; Kubey, 2006).

В настоящее время существует неоднозначное определение понятия, описывающего чрезмерное использование Интернета: интернет-аддикция (Chou, Hsiao, 2000; Young, 1996), болезнь интернет-аддикции (Goldberg, 1996), патологическое пользование Интернетом (Davis, 2001; Morigan – Martin, Schumacker, 2000), Интернет-зависимость (Scherer, 1997). Интернет-зависимость рассматривается как в формате химических зависимостей, так и в контексте поведенческих зависимостей, а также, как частный случай обсессивно-компульсивного расстройства (Beard, 2005; Demetrovics, 2008; Ko, 2005, 2009; Shaw and Black, 2008; Tao, 2010; Fu, 2010). Понятий-

ное разнообразие по данному вопросу может быть объяснено как различиями подходов в пределах национальных аддиктологических школ, так и фокусированием внимания на отдельных аспектах одного и того же феномена [2].

Согласно русскоязычным источникам, аддикция характеризуется как форма адаптации к реальности за счет бегства от самой реальности. Отсюда формулировка «Интернет-аддикция» определяет психологический компонент феномена чрезмерного использования кибер-пространства.

Зависимость представляет собой крайнюю степень сверхиспользования, в том числе срыв компенсаторных возможностей организма и формирование клинических симптомов и синдромов. Такое определение экстраполировано из закономерностей химических зависимостей (Griffiths, 2000; La Rose, 2003; Mitchell, 2000; Shapira et al, 2003; Young, 2004).

Samson, Files (1998); Strauss (1988) приводят теоретические данные, согласно которым зависимость представляет собой естественный биоповеденческий механизм человека, который при определенных биологических и социокультуральных факторах приводит к чрезмерному, неконтролируемому использованию субстрата или конкретного поведенческого паттерна.

Таким образом, в англоязычной литературе зависимость от Интернета позиционирована как более общее понятие, которое включает в себя различные степени сверхиспользования электронной сети в частности.

Согласно англоязычным литературным обзорам, с 1996 года большинство научных изысканий посвящено поиску взаимосвязей между чрезмерным использованием Интернета и комплексом социально-психологических и технологических факторов. Направления исследований могут быть условно разделены на следующие части:

определение временного индикатора формирования Интернет-зависимости,

- a) гендерные особенности интернет-зависимости;
- б) проблемы, обусловленные интернет-зависимостью;
- в) Интернет-зависимость и социально-психологические факторы;
- г) определение отношения к компьютеру и феномену киберпространств среди интернет-зависимых лиц (Chien Chou, Linda Condron, John C. Belland, 2005).

Одним из первых дифференциально-диагностических признаков, выделенных исследователями, явился временной фактор, который позволяет, прежде всего, говорить о феномене чрезмерного использования Интернета. Согласно данным Young (1998), Интернет-зависимость формируется при нахождении в on-line пространстве не менее 39 часов в неделю, Chen, Chou (1999) приводят менее высокие цифры – 20-25 часов в неделю, позже Shapira, (2003);

Young (2004) определили проблемное использование Интернета в пределах 28-38 часов в неделю. Интересно также выделение такого косвенного количественного критерия, как интенсивность процесса совершенствования технических характеристик компьютера зависимыми от Интернета пользователями. Так, согласно данным Griffiths (2000) подростки мужского пола, проживающие в пределах Великобритании совершенствовали технические характеристики своего компьютера и Интернет-браузера 11 раз в течение 2 лет, что свидетельствует в пользу центральной роли новой цифровой реальности в их жизни.

Другими не менее важными критериями интернет-зависимости являются дедуктивно определяемые понятия: система подкрепления, толерантность, потеря контроля, срыв. В связи с этим интернет-зависимость определяется как форма использования Интернета, которая обеспечивает постоянное удовлетворение потребностного состояния, требует повышения времени и интенсивности контакта с киберпространством (рост толерантности), при этом сокращая контроль над использованием зоны Интернет, уменьшая вероятность прекращения или снижения пагубных последствий такого паттерна поведения (срыв) [1].

В настоящее время обсуждается вопрос о пусковом механизме, обеспечивающем вовлечение в данный поведенческий паттерн. Представленные теоретические взгляды на возможные аддиктогенные агенты дихотомичны. С одной стороны, зависимость может вызвать Интернет, как нечто целое и неделимое (DeAngelis, 2000; Shapira, 2003), с другой стороны Интернет рассматривается как сборное понятие, объединяющее в себе отдельные формы активности - чат, E-mail, гейминг, киберсекс (Griffiths, 2000; Young, 2004). Кроме того приводятся данные, что Интернет-зависимость может иметь симптоматический характер и быть следствием других зависимостей или примером обсессивно-компульсивного расстройства (Griffiths, 1999; Griffiths, 2000; Griffiths, 2000; Griffiths, 2000; Griffiths, 2002; Griffiths, 2003).

В изучении феномена интернет-зависимости принято выделять 3 чаще всего анализируемые категории:

- Интернет как самостоятельный объект исследования;
- собственно пользователи пространства Интернет;
- интеракции и метакоммуникации сети Интернет.

Greenfield (1999) выделил отдельные аддиктогенные качества сети Интернет, куда можно отнести: скорость, доступность, интенсивность в получении информации. При этом возникают коммуникации сразу двух уровней – человек - компьютер и человек - человек. Интернет изменяет перспективу пользователя за счёт разнообразия идей, субъектов, способов, мнений.

Young (1998) и Griffiths (1997, 1998) выдвинули теорию, согласно которой отдельные структурные характеристики Интернет-пространства обеспечивают патологизацию использования этого медиаресурса: интерактивность и анонимность.

При этом анонимность ассоциирована с 4 дисфункциональными зонами, среди них две являются межличностными. Первая - связана с тем, что Интернет обеспечивает виртуальную связь, позволяющую строить «безопасные» коммуникации, будучи чрезмерно застенчивым и интравертированным. Обратная сторона медали – сокращение реальных контактов и вовлечения в повседневную активность. Вторая дисфункциональная область, порождаемая анонимностью Интернет-пространства - стимулирование внебрачных связей, пагубно влияющих на семейный статус пользователя [3]. Вторая структурная характеристика Интернета – интерактивность – обеспечивает персистенцию и интенсификацию взаимоотношений. Scherer (1997) обнаружил, что 98% студентов колледжей используют Интернет еженедельно, для того, чтобы поддерживать отношения с семьей и друзьями.

Chou и Hsiao (2000) выявили, что ощущение соучастия, виртуального присутствия является наиболее желаемыми для многих пользователей Интернета и объясняют превалирование данной формы медиа-сферы по сравнению с радио, телевидением.

Suler (1999) выделил 6 потребностей, обеспечивающих вовлечение в Интернет-аддикцию: секс, изменённые состояния сознания, успешность и мастерство, отношение и принадлежность, самоактуализация и превосходство себя.

Morahan-Martin (1999) определил, что киберпространство позволяет человеку расширить границы самоидентификации за счёт дополнительных возможностей самопрезентации, экспериментирования с эмоциональным опытом, проживаемым под «легендами» или «логинами». Young (1997) и Suler (1999) концептуализировали данный феномен как «формирование on-line субличности за счёт незавершенной самоидентификации». Исследование Chou (1999) выявило, что скорость формирования интернет-аддикции у тайваньских студентов колледжей напрямую коррелирует с высокими показателями удовольствия от коммуникаций, и бегством, как преимущественно используемой копинг-стратегией. Ключевым моментом, который способствовал вовлечению в зависимость, явилось уход от реальных проблем и ответственности в удовольствие от коммуникации с другими on-line пользователями. Morahan-Martin и Schumacker (2000) обнаружили, что Интернет обеспечивает возможность расслабления, бегства от давления, поиска возбуждения. При этом весьма интересно, что похожие данные были получены ещё на заре массовой компьютеризации, когда электронные машины не были вовлечены в общую сеть (Griffith, 1991).

Обзорные исследования обнаружили, что зависимая от Интернета личность характеризуется недостаточной сенситивностью, внешним локусом контроля, неуверенностью в себе, нестабильной самооценкой (Chak & Leung, 2004).

Kandell (1998) посвятил своё исследование определению причин вовлечения в интернет-зависимость молодого населения. Он определил факторы уязвимости студентов колледжей, куда отнёс развитие идентичности, интимности отношений. Обе задачи решаются «смещённым путём» посредством киберпространства.

Большинство исследований относительно социальных факторов вовлечения в интернет-зависимость теоретизированы, не имеют достаточной доказательной эмпирической базы (Beard, 2005; Davis, Smith, Rodrique & Pulvers, 1999; Engleberg & Sjoberg, 2004; Griffiths, 2003; Young, 2004).

Учёными делаются попытки поиска биологических факторов вовлечения в интернет-аддикцию. Исследования в этом направлении посвящены коморбидности поведенческой зависимости и других психических расстройств [6]. Преимущественно все исследователи сходятся во мнении, что интернет-зависимость носит вторичный характер и развивается на фоне тревожного или депрессивного расстройства (Shapira и др., 2003; Young, 2004). Morrison (2010) обнаружил высокий уровень депрессивных расстройств и зависимости от Интернета. Существуют публикации о прямой статистически значимой корреляции синдрома дефицита внимания у детей и риском вовлечения в интернет-зависимость и патологический гемблинг (Margaret D. Weiss, Susan Baeg, Blake A. Allan, Kelly Saran, Heidi Schibuk). Ключевыми факторами коморбидности в этом сочетании является скорость, поверхность контактов в коммуникации, информационная насыщенность, яркость и контрастность образов в киберпространстве, позволяющие выстраивать псевдоадаптацию детям и подросткам с дефицитом внимания. Привлекательной для данной группы подростков является быстрая смена картинок, требующая минимальной работы памяти и внимания, с функционированием прямой системы вознаграждения за счет вовлечения биологических механизмов дофаминовой системы [5].

Frangos (2011) определил связь между проблемным использованием Интернета и другими аддикциями - курением, употреблением алкоголя и кофе, наркотизациями.

Hui Cao, Ying Sun, Yuhui Wan, Jiahua Hao, Fangbiao Tao (2011) в своём исследовании определили статистически достоверную связь между высоким уровнем психосоматических расстройств, низким уровнем самоидентификации и риском вовлечения в интернет-зависимость среди подростков в Китае [4].

Z. Demetrovics, B. Szeredi, S. Rozsa (2008) в своём исследовании определили, что ключевым фактором

в вовлечении в интернет-зависимость является не время, проведённое в on-line пространстве, а структура активности в сети. На прямую с риском вовлечения в зависимость коррелирует количество времени, потраченного на Интернет в развлекательных целях, низкая культура пользования киберпространством, определяемая зачастую стажем использованием всемирной паутины. Индикаторами проблемного использования Интернета являются компульсивный характер использования интерактивного потенциала киберпространства, веб-серфинг, киберсекс.

Таким образом, подытоживая вышеупомянутую информацию, можно отметить, что изучение

проблемы интернет-аддикции/зависимости находится на этапе феноменологического поиска. Большинство исследований посвящено определению этиологических границ данного понятия. Кроме того, проводится установление места этого вида поведенческих зависимостей в общей структуре психических расстройств. По мере накопления эмпирического материала в данной области проводится разработка и внедрение оценочного аппарата, отвечающего общепринятым требованиям (достоверность, валидность, специфичность и чувствительность) и обеспечивающего возможность раннего выявления потенциальных терапевтических и превентивных мишеней.

Список использованной литературы:

1. Chou C., Condron L., Belland J.C. A Review of the Research on Internet Addiction// *Educational Psychology Review*, Vol. 17, No. 4, December 2005.
2. Demetrovics Z., Szeredi B., Rozsa S. The three-factor model of Internet addiction: the development of the Problematic Internet Use Questionnaire // *Behavior Research Methods* 2008, 40 (2), 563-574.
3. Gray J.B., Gray N.D. The Web of Internet Dependency: Search Results for the Mental Health Professional// *Int J Ment Health Addiction* (2006) 4: 307–318.
4. Cao H., Sun Y., Wan Y., Hao J., Tao F. Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction// Cao et al. *BMC Public Health* 2011, 11:802.
5. Weiss M.D., Baer S., Allan B.A., Saran K., Schibuk H. The screens culture: impact on ADHD// *ADHD Atten Def Hyp Disord* (2011) 3:327–334.
6. Beutel M.E., Wulfing K., Müller K.W., Subic-Wrana C. Computerspiel- und Internetsucht Stationäre psychodynamische Behandlung von jungen Männern// *Psychotherapeut* (2011) 56:532–534.
7. de Leeuw J.R.J., de Brujin M., de Weert-van Oene G.H., Schrijvers A.J.P. Internet and game behaviour at a secondary school and a newly developed health promotion programme: a prospective study// *BMC Public Health* (2010), 10:544.
8. Clark T., Marquez C., Hare C.B., John M.D., Klausner J.D. Methamphetamine use, transmission risk behavior and Internet use among HIV-infected patients in medical care, San Francisco, 2008/ AIDS Behav (2012) 16:396–403.

КОНЦЕПЦИЯ АРХЕТИПА: ВТОРОЕ РОЖДЕНИЕ, ИЛИ «ПСИХИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС»

Е.Е. Самусенко

психолог, специализирующийся на теоретической психологии. Автор книг по общей теории психологии, эволюционной психологии, теории религии и психологическому мировоззрению.

Настоящая статья является продолжением опубликованных ранее работ «Архетипы и инстинкты, первое приближение» [4], «Архетипы и инстинкты, или «рефлекторная дуга» Юнга» [5].

В «Первом приближении» нам так и не удалось обнаружить исчерпывающее определение понятия *архетип*, но удалось проследить трансформацию представлений самого К. Юнга в отношении этого понятия за долгие годы его работы над теорией архетипов, что отмечают и другие исследователи, например, Иоланда Якоби - ближайший соратник Юнга в течение долгого времени.

«Архетип может быть рассмотрен с разных углов. Юнг дал практически нескончаемый набор утверждений касательно различных аспектов» [10].

Подобная «некончаемость» определений понятия существенно подрывает доверие к этому понятию и его значимость для мира науки.

«Одна из причин, по которой идеи Юнга о врождённых ментальных структурах не проникли в мир академической психологии, может состоять в величайшей сложности посвящённых архетипам работах самого Юнга, с которой, как я уже отмечала, сталкивается множество исследова-

телей. Проблема возникает из-за различных значений, которые использовал сам Юнг в разные периоды под влиянием разнообразных идеологических и концептуальных систем, которые он составлял во время своих стараний по разработке своих собственных теорий» [7].

Необходимость фактически выполнить работу по обобщению и систематизации этих определений и дать чёткое и однозначное определение архетипу – связана с аспектом, на который обращали внимание многие последователи Юнга:

«Если термин «архетип» употребляется в настолько разных взаимно несовместимых значениях, то весьма сомнительным становится то, что концепция имеет, хоть какую-нибудь, ценность как инструмент научного исследования. Концепция становится не более чем интересным отпечатком истории в литературе по эмпирическим исследованиям, и, до настоящего момента, за небольшим исключением, такова была её судьба в академической психологии. Это определение было слишком неопределенным, слишком различным, и настолько неточным, чтобы быть проверенным экспериментально. Этот недостаток чёткости также стал источником обширных заблуждений касательно идей Юнга среди биологов и психологов» [7].

Значение более чем 30-летней работы Юнга над теорией архетипов в настоящее время, в значительной мере, недооценено психологией. И не столько даже значимость самого понятия «архетип», сколько общий результат этого научного продвижения по извилистому пути, окутанному туманом. А ведь это результат, в котором скрыт огромный потенциал для психологии, который ещё только предстоит понять и оценить.

Трансформация понятия «архетип»

Юнгу так и не удалось завершить теорию архетипа, сформулировав окончательное полностью исчерпывающее это понятие определение, которое не может быть подвергнуто изменению в последующем.

Можно наблюдать существенную трансформацию понятия *архетип*, которая произошла между 1919 г., когда оно появилось впервые, и началом его представления в работе «Инстинкт и бессознательное» и кульминацией представления в работе «О природе психического», вышедшей в 1947 году. Это не просто изменение точки зрения в представлении, а именно трансформация понятия архетип, в понимании самого Юнга. От инстинкта как психического процесса и архетипа, как его части в начале, до инстинкта как физиологического процесса и психоидной природы архетипа – в конце [6].

К. Юнг начинал изучение инстинкта с бабочки юкка, несущей в себе «образ ситуации», и нуждающейся в архетипе для запуска своего инстинкта размножения при обнаружении и распознании цветка

юкки, а «закончил» — «духом, противостоящим материи» [6], так и не определившись окончательно в своей собственной позиции, по отношению к архетипу. Это отмечает и Джен Нокс в своей работе [7]: «Как я уже показала, двусмысленность архетипов может происходить из работ самого Юнга, в которых он смешивал философию, религию, мифологию, физику, биологию, психологию, психиатрию и психоанализ, и использовал эту систему взглядов для изучения концепций, которые могли помочь ему в битве за понимание природы и функционирования человеческой души - *psusche*. Каждая из этих структур давала ему одну или другую ключевую идею, которые я описала, и которые обеспечивали его ракурсом, с которого он мог смотреть на идею архетипов и определять их основные признаки».

Понятие *архетип* во всём своём многообразии не может занимать достойного места на передовых рубежах психологии. Энтони Стивенс обращает внимание исследователей именно на эту проблему продолжения сохранения в неизменном виде всего многообразия определений понятия архетип: «Моя позиция состоит в том, что для плюрализма и контекстуализации существует место, но юнгианская психология разрушит сама себя, если не будут осознаны определённые принципы, не являющиеся «верой» или «беллетристикой», но гипотезой, которая выдержала определённые эмпирические проверки» [14].

Именно поэтому в данной серии статей предлагается одно из множества описаний архетипа, сделанных Юнгом, считать наиболее пригодным для эмпирической проверки и именно его принять в качестве окончательного определения этого понятия.

Принимая во внимание представление об архетипе, которое Юнг имел в начале своей работы над его определением, судя по описаниям, данным им в работах этого периода – нами было предложено для психологии следующее определение: «*Архетип – это архаичная, генетически обусловленная психическая реакция (ценности) бессознательного на тот или иной образ внешнего мира, побуждающая к действию, но не связанная с конкретным, генетически обусловленным действием. Архетип может существовать как самостоятельно, так и в связи с генетически обусловленным действием, образуя инстинкт*» [5].

В этом определении сведены воедино несколько идей Юнга:

- 1) позиционирование архетипа как структурного элемента бессознательного;
- 2) представление структурированности бессознательного, которое не является «чистым листом» и несёт в себе «более ранние эволюционные этапы»;
- 3) отличие архетипа от инстинкта. Архетип, являясь субъективной психической реакцией

ценности, формирует только побуждение к действию, а не само действие.

Это определение архетипа не противоречит мифотворческой концепции его восприятия, которая является столь привлекательной для некоторых исследователей.

Так всё же, что такое архетип: первообраз, психическая реакция или что-то ещё? Архетип – это врождённая часть структуры бессознательного, обладающая свойством формирования психической реакции. Если считать структуру бессознательного чистым листом, то в процессе эволюции живого существа на этом чистом листе происходят структурные изменения, которые связывают между собой наблюдаемые образы объектов внешнего мира с типом их ценности для живого организма. Каждый вид живого организма имеет свои оценки. В результате, каких именно, процессов происходят генетические изменения структуры бессознательного – для психологии не имеет значения. Результат естественного отбора генетических мутаций или результат наследования приобретённых признаков – не изменяет сущности архетипа. Если существование инстинкта не может быть подвергнуто сомнению, не может быть подвергнуто сомнению и существование его части – архетипа.

Более полным является определение архетипа как элемента структуры бессознательного, обладающего свойством формирования психических реакций. Это один из общих результатов работы Юнга над концепцией архетипа – на смену аморфному представлению психологии о бессознательном приходит представление о его структуре, да ещё и обладающей определёнными (врождёнными) свойствами.

Инстинкт и психология

Ни одна из действующих и признанных парадигм в психологии не позволяет анализировать понятие инстинкта в полной мере, поскольку не имеет понятийного аппарата, который можно было бы использовать для исследования этого феномена. Инстинкт не относится к базовым понятиям психологии, поэтому для его исследований с психологических позиций важно сформировать представления о нём с помощью понятий, которые могли бы быть отнесены к базовым.

В полном соответствии с результатами изучения инстинктов Юнгом для нужд психологии было предложено представление о сложной структуре инстинкта, которое он в первую очередь и пытался подтвердить своей теорией архетипов, сформулировав и предложив принцип отнесения процессов к инстинктивным: «*Инстинктивными могут быть названы только те бессознательные процессы, которые являются унаследованными и возникают единообразно и регулярно*» [11].

Пытаясь ограничить число процессов, относимых к инстинктивным, Юнг, фактически, расширил

их круг. Сформулированный им принцип позволяет относить к инстинктивным любой врождённый, а не приобретённый в результате обучения, процесс. И предложенная для психологии структура инстинкта [3] включает в себя:

- 1) объект инстинкта;
- 2) образ инстинкта;
- 3) инстинктивную реакцию побуждения к действию (архетип);
- 4) инстинктивное действие.

В упрощённой форме инстинкт состоит из двух частей – инстинктивной реакции и адекватного ему (инстинктивного) действия. Причём каждый из этих элементов не зависит от другого, что чрезвычайно важно, и имеет право на самостоятельное существование. В такой структуре инстинкта архетипу отведена определяющая часть, а именно – роль инстинктивной реакции побуждения к действию.

В полном соответствии с парадигмой Юнга может быть предложено определение инстинкта для психологии [3], которое может быть уточнено следующим образом:

Инстинкт – это архаичная, генетически обусловленная психическая реакция (ценности) части структуры бессознательного на тот или иной образ внешнего мира, побуждающая к действию, связанная с конкретным, генетически обусловленным или приобретенным в результате обучения действием.

Этим определением подчеркивается тот факт, что, также как и архетип, инстинкт – это врождённая часть структуры бессознательного, обладающая свойством формирования психической реакции, которая в процессе эволюции живого существа, претерпевает структурные изменения, связывающие между собой наблюдаемые образы объектов внешнего мира с типом их ценности для живого организма, и типом совершающего действия.

В чём различие между архетипом и инстинктом? Архетип в структуре инстинкта формирует психическую реакцию, которая побуждает субъекта к действию. Архетип, сам по себе, формирует психическую реакцию оценки объекта внешнего мира, не требующей совершения действия – остаётся только архетипом, не превращаясь в инстинкт. Практически, инстинкт – это архетипическая реакция, реализованная в действии. В чём различие между психической реакцией оценки и побуждением к действию? Когда живое существо видит зелёный плод – оно получает негативную реакцию, не подойдёт к нему, тем более не станет есть. Это архетипическая оценка объекта (в этом случае, продукт научения – в любом другом), а не инстинкт, никакого действия нет, тем не менее, «не совершить действие» – это тоже продукт психики и конкретное «побуждение к действию» в форме его торможения. Действие произойдёт, если попытаться преодолеть сопротивление не использовать в пищу зелёные плоды, и сделать это насилием – животное выплюнет этот плод.

Сезонная миграция птиц – общепризнанный инстинкт. В применении к этому явлению приведённого выше определения инстинкта: существует некий раздражитель (холод, например), который служит побуждением птиц к перелёту (врождённая реакция оценки раздражителя – негативна), при этом генетически обусловленным действием – будет полёт на юг, по градиенту повышения температуры среды, но никак не по градиенту её понижения. Птицы ощущая холод, никогда не изучают окружающую обстановку и не ищут направление полёта – они «знают» куда лететь. Именно направление полёта, для этого случая, является «инстинктивным действием», а не махи крыльями, обеспечивающие движение и традиционно считающиеся «реакцией» этого инстинкта. Никому ещё не удавалось видеть мечущуюся птицу, которая не понимает, куда ей необходимо лететь.

В приведённом определении инстинкта подчёркивается вторичность действия по отношению к формированию психической реакции, учитывается, что в качестве двигательной реакции на инстинктивный образ субъект может использовать любой тип действия, как обычное, приобретённое в результате обучения, так и инстинктивное, определённое генетически.

«Реакция» при этом – это не реакция из схемы «стимул - реакция», предложенная школой бихевиоризма, это психическая реакция ценности, а не реагирование действием. В варианте школы бихевиоризма – эта схема трансформируется в: «стимул – психическая реакция – действие». Детализация структуры рефлекторной дуги для психологии в целом.

«На основании одной цитаты, приведённой у Торндайка, можно догадываться, что деловой американский ум, обращаясь к практике жизни, нашёл, что важнее точно знать внешнее поведение человека, чем гадать об его внутреннем состоянии, со всеми его комбинациями и колебаниями. С этим выводом относительно человека американские психологи и перешли к лабораторным опытам над животными» [1].

Инстинкт «запускается» при появлении в поле зрения субъекта объектов, образы которых относятся к инстинктивным. В результате совершается инстинктивное действие – выплёвывание горького плода, отдергивание руки от горячего предмета. При этом действие субъекта может иметь весьма сложную структуру мышечных сокращений, а не только такую простую, как отдергивание руки.

Базовый принцип, заложенный самой природой: объект, предназначенный для удовлетворения потребностей живого организма, не может быть случайным. Он должен удовлетворять требованиям или инстинкта, или опыта (рефлекса). Жидкость или плод не могут быть ни слишком горькими, ни слишком кислыми. Можно рассматривать инстинкт как генетически «навязанную» субъекту оценку объекта.

Приданье этой оценке статуса абсолютной объективности в случае человека – это только иллюзия, не соответствующая действительности. Человек может, не обращая внимания на «абсолютную» инстинктивную оценку любого кислого объекта, как опасного и недозревшего, использовать лимоны для разнообразия своего питания.

Отличие инстинкта от условного рефлекса состоит только в том, что не требуется обучение ни в случае определения ценности объекта, ни в случае совершения действий, соответствующих этой ценности. При этом обязательное соответствие инстинктивной реакции – инстинктивному же действию – определением не устанавливается. Сочетание может быть произвольным. Как и указывалось выше, инстинктивной реакции может быть поставлено в соответствие любое, не обязательно инстинктивное действие.

Изменение концепции структуры бессознательного

Принято считать, что формулирование Юнгом понятия *коллективное бессознательное* является, чуть ли не наиболее значимым вкладом теории архетипов в психологическую науку, хотя сам Юнг считал необходимым подчеркнуть первичность интереса к архаичным психическим структурам со стороны Фрейда: «Я уже упоминал, что Фрейд установил наличие в бессознательном архаических остаточных форм и примитивных способов функционирования».

Юнг даёт определение «коллективному бессознательному» и его структуре, введя в неё инстинкты и архетипы. Вводит в психологию дополнение к концепции бессознательного Фрейда, представление о врождённых содержаниях коллективного бессознательного, которые никогда ранее не были осознаны субъектом.

«Коллективное бессознательное состоит из суммы инстинктов и их коррелятов – архетипов. Так же как и инстинктами, любой человек обладает и запасом архетипических образов» [11].

Напомним, что коррелятами принято называть любую из двух переменных или факторов, которые систематически связаны друг с другом. Тем самым Юнг прочно связывает между собой архетипы и инстинкты.

В концепции архетипа, как элемента структуры коллективного бессознательного, заложен потенциал огромной важности. Это отдельная обширная тема, которая не может быть рассмотрена в формате настоящей статьи, мы можем только показать направление, в котором возможно расширение представлений о структуре бессознательного психики.

Рассмотрим, чем завершается процесс демонстрации пищевого условного рефлекса. Собака в эксперименте Павлова распознаёт объект, как пищу, приближается к нему и получает заслуженную на-

граду – съедает его. Стандартная схема условного рефлекса, или схема «стимул-реакция», в качестве реакции – выделение слюны или приближение к пище. Но, ни И. Павлов, ни Торндайк никогда не обращали внимания на то, что в процессе поедания пищи, вместе с ней, в пасти собаки находится и её язык, как орган тела с определёнными функциями. И ещё ни разу собаке не удалось съесть вместе с пищей свой язык. Выходит, каждому перемещению челюстей – соответствует определённое положение языка, исключающее его защемление или глотание, т.е. «поедание»? Ни человек, ни собака не может осознанно отследить – где пища, а где язык. Кто, или что, может это сделать? Только «бессознательное» как элемент структуры психики. Следовательно, координация действий между челюстями и языком – это процесс бессознательный, и управляться «содержаниями сознания» – он не может. Причём здесь архетипы? При том, что придётся разделять бессознательное на «реактивную (формирующую психические реакции) и «двигательную» (формирующую мышечные сокращения) части, а уж только потом, каждую из них, - на коллективное и личное. Причём в «двигательной» части могут существовать врождённые структуры, формирующие определенную последовательность сокращения мышц, но назвать их архетипами будет уже нельзя.

«При рождении любого детёныша животного – он умеет двигаться и не нуждается в обучении. Речь не идёт о физической способности двигаться. Цыплята и кенгурута рождаются в различном физическом состоянии, одни, выбравшись из яйца, тут же начинают бегать, другим, требуется ещё много времени, чтобы набрать необходимую физическую форму. Но и тех и других родители не учат «ходить». Психическая структура их бессознательного уже имеет врождённое содержание, которое обеспечивает эту возможность» [5].

Может сложиться впечатление, что процесс движения живого существа всё же осознан, ведь невозможно «бессознательно» пойти в магазин за продуктами или управлять автомобилем. На самом деле – возможно, нужно только поставить конечную цель движения, что, безусловно, делается осознанно, но процесс перемещения ног и удержания равновесия тела в движении – никакого отношения к сознательным процессам не имеет.

Именно разделение бессознательного на «реактивную» и «двигательную» части присутствует в представленной структуре и определении инстинкта [3].

«Архетип» личного бессознательного или психический рефлекс

«Как уже было сказано, личностное бессознательное состоит из разнообразнейшего забытого, подавленного, воспринимаемого лишь «подпороговым образом» материала» [9].

Хотя Юнг прекрасно знал основы развития любой науки, и потребность в существовании базовых принципов и определений для психологии – сам он им следовал не так часто.

«Когда-нибудь психологи будут вынуждены согласиться относительно ряда основных принципов, позволяющих избежать спорных интерпретаций, если психология не собирается оставаться ненаучным и случайным конгломератом индивидуальных мнений» [13].

Видимо время ещё не пришло, психологи ни с чем не согласились, и до сих пор психология так и продолжает оставаться, по словам Юнга, «ненаучным и случайным конгломератом индивидуальных мнений», а не наукой.

Поражает настойчивость и упорство Юнга в утверждении понятия описывающего процессы априорного формирования ценностных психических реакций (архетип), являющихся элементами инстинктивных процессов, запускающих инстинктивные действия и его полное безразличие к явлениям формирования текущих психических оценок объектов внешнего мира окружающего живое существо, закрепления их в психике (условный рефлекс). Насколько К. Юнг не проявлял интереса к условному рефлексу, настолько же и И. Павлов не проявлял интереса к инстинкту (о гипотезе существования архетипа он вообще не знал). Оба они сосредоточили все ресурсы своего интеллекта на диаметрально противоположных явлениях, создав продукты, которые в совместном рассмотрении приобретают грандиозную научную ценность.

Конечно же, Юнг знал о существовании «сенсорно-моторного рефлекса», но, может быть, по сравнению с инстинктом, он для него был слишком прост, чтобы уделять ему значительное внимание: *«Такой процесс отличается от простого, сенсорно-моторного рефлекса лишь тем, что является более сложным»* [11].

Изучая психологию З. Фрейда и К. Юнга, рано или поздно начинаешь замечать, что и психоанализ и аналитическая психология все свои усилия направляет на изучение и описание психических явлений, не имеющих никакого отношения к состоянию нормы и равновесия в жизни человека. И Фрейду, и Юнгу интересны только отклонения от нормы и выведение из равновесного состояния. В понятиях, введённых и изучаемых Юнгом, – только понятие *инстинкт* можно отнести к понятиям равновесного состояния. Поскольку совершение инстинктивных действий, как в случае человека, так и в случае животного не связано с травмой, моральным конфликтом, проблемами «самоутверждения сущности субъекта». *Инстинкт* – это первое и единственное понятие, изучаемое Юнгом, которое может существовать в состоянии психологической нормы субъекта. Любые другие психологические понятия, вводимые Юнгом и детально изучаемые им – к по-

нятиям равновесия не относятся. Например, понятие *комплекс*, которое не может существовать вне травмы, шока, и т.д.: «*Этимологией их происхождения зачастую является так называемая травма, эмоциональный шок или нечто подобное, что откальвает небольшой кусочек психе. Естественно, одной из наиболее распространённых причин служит моральный конфликт, целиком возникающий из относительной невозможности полного самоутверждения сущности субъекта*» [12].

Комплекс почти всегда вредоносен и нуждается в устраниении: «*Лишь в рамках психотерапии можно показать действительное значение комплекса для психической жизни личности и освободить последнюю от его вредоносного воздействия*» [9].

Совокупность комплексов, по мнению Юнга, приводит к неврозу: «*Невроз – это диссоциация личности, вызванная существованием комплексов*». В самом по себе наличии комплексов, считает Юнг, нет ничего ненормального; но если комплексы несовместимы, тогда та часть личности, которая наиболее оппозиционна её сознательной части, «откальвается». Тогда каждый комплекс живет своей собственной жизнью и личность уже не в силах связать их воедино. Равновесным состоянием – такую жизнь уже не назовешь.

Архетип изначально возник как фундаментальный, универсальный конструкт, понятие, не имеющее отношения к нарушению психологического равновесия субъекта, первое (и последнее) равновесное понятие, созданное исходя из потребностей теории, а не психотерапевтической практики.

Со времен И. Павлова принято считать, что различие между условным рефлексом и безусловным (инстинктом) состоит только в типе формирования: «*Таким образом, как рефлексы, так и инстинкты – закономерные реакции организма на определённые агенты, и потому нет надобности обозначать их разными словами. Имеет преимущества слово рефлекс, потому что ему с самого начала придан строго научный смысл*» [2]. Для физиологии – безусловный рефлекс (инстинкт) врождён, а условный рефлекс – продукт опыта. Безусловно, И. Павлов исследовал эти два явления в состоянии «психологического равновесия» подопытных животных.

Если архетип – это оценочная реакция элементов структуры коллективного бессознательного, то такая же функция должна быть и у элементов личного бессознательного. Если психика может формировать врождённые психические реакции, у неё должны быть и приобретённые психические реакции. Комплекс и является оценочной психической реакцией на тот или иной объект, приобретаемой в результате шока, травмы, конфликта. Что же – нет травмы – нет и психической реакции? Это неверно. Не проявляя интереса к инстинктам, И. Павлов тщательно изучал приобретённые оценочные реакции, называя их условными рефлексами. Но его интерес-

совали реакции, формируемые в состоянии нормы – без шока, травмы, конфликта. Обычная повседневная жизнь человека – это совокупность проявляемых оценочных реакций на объекты внешнего и внутреннего мира. Физиология называет их условными рефлексами, психология их никак не называет – для неё такие реакции не существуют, поскольку они формируются в условиях равновесия психологического состояния, и не могут быть отнесены к комплексам и их совокупности – неврозу. Фрейд и Юнг придерживались взгляда на психологию, как на инструмент обеспечения психотерапии, в котором могут существовать только конструкты, в которых нуждается психотерапия. Именно поэтому в психологии не возник конструкт, описывающий приобретённые оценочные реакции в состоянии психологической нормы – в равновесном состоянии.

Предложив конструкт архетипа, Юнг ещё больше подчеркнул смещение аналитической психологии в сторону психотерапии, выпустив при этом из виду набор оценочных реакций субъекта в состоянии равновесия. Этот дисбаланс был устранён введением понятия *психический рефлекс* [3, 5]. Это понятие полностью идентично понятию *комплекс*, который использовал Юнг. Но всё же, это отдельное базовое понятие психологии, поскольку оно не связано с отклонениями от психологического равновесия, с которыми неразрывно связан комплекс. Чтобы понятие *психический рефлекс* имело право на существование – необходимо дать определение понятию *психологическое равновесие*.

«*Состояние психики субъекта можно считать равновесным, если ни один из объектов внешнего мира, данных ему в ощущениях, не представляет для него интереса, не может служить удовлетворению потребностей его организма, ввиду их отсутствия в данный момент, и представлять для него опасность. Это состояние, при котором ни один из объектов не является для психики раздражителем*» [3].

Необходимо уточнить, что нарушение равновесия психики появлением раздражителя – может быть устранено самим субъектом, за счёт устраниния понятного и известного ему раздражителя. Голод устраняется пищей, как и дождь с помощью зонта. Существование в психике комплекса не позволяет его устраниТЬ самостоятельно, поскольку субъекту неизвестны причины его формирования. Равновесное психологическое состояние – это состояние полной адаптации субъекта к окружающей его среде: все раздражители известны, как известны и способы их устраниния. Появление комплекса разрушает такую адаптацию – появляется раздражитель, способы устраниния которого не известны субъекту. Несколько комплексов формируют невроз и т.д. Субъект обращается к психотерапевту за помощью в восстановлении психологического равновесия (не путать с психическим равновесием).

В результате у архетипа как конструкта врождённой психической реакции появляется отражение в понятии приобретённой психической реакции.

«Психический рефлекс - это реакция бессознательного на взаимодействие объекта с органами чувств субъекта в результате распознавания образа объекта. Явление психического рефлекса завершается формированием поступающей в сознание субъекта энергии ценности объекта, взаимодействующего с органами чувств» [3].

Если архетип, по словам Юнга, является коррелятом инстинкта, то у условного рефлекса должен быть такой же коррелят - им является «психический рефлекс».

В случае врождённости психического рефлекса – это понятие тождественно понятию Юнга – *архетип*. Почему же в названии присутствует термин рефлекс? Необходимо подчеркнуть, что «психический рефлекс» – это не новый, «неожиданно» обнаруженный, тип рефлекса. Это часть рефлекторной дуги, которую изучал И. Павлов. Но если архетип – это инстинкт без совершения действия, то психический рефлекс – это условный рефлекс без совершения действия, только часть условного рефлекса, его психическая реакция. Конструкция «архетип - инстинкт», где архетип – часть инстинкта, полностью эквивалентна конструкции «психический - физиологический» условный рефлекс, где психический – часть рефлекса в целом. Все законы формирования условного рефлекса, открытые И. Павловым в экспериментах, относятся и к психическому рефлексу. Поэтому никакого другого названия ему придумывать не нужно. Различие только в одном: Декарт и Павлов «замыкают» образ объекта с деятельностью (хотя бы с секреторной реакцией), психический рефлекс – это «замыкание» образа объекта с его субъективной ценностью для субъекта. Именно ценостная реакция определяет тип секреторной, а не образ объекта. Человек может изменить тип ценостной реакции на объект (кислый лимон), не допустив формирование действия по его отторжению. Объект остаётся тем же, а изменение типа оценки изменяет тип действия, даже для инстинкта, к которым относится этот пример.

«Рефлекторная дуга» в психологии, построенная на явлении психического рефлекса, завершается не мышечной реакцией организма (его деятельностью), а психической реакцией его бессознательного, побуждением к действию, при этом для психологии не имеет значения наличие и тип секреторной реакции И. Павлова, акт физиологической подготовки к совершению действия, при безусловном признании её существования. Как и для физиологии не имеет значения тип, предшествующей секреторной, психической реакции.

Конструкция рефлекторной дуги: «раздражитель – психическая реакция – секреторная реакция». Совершение самого действия лежит вне рефлекторной

дуги и является отдельным актом, не входящим в структуру «обновлённой дуги». Ранее её «обновил» И. Павлов – пришло время ещё одного «обновления».

Появление психического рефлекса позволяет привести к единой системе большинство известных из психологии и физиологии явлений, не придумывая, как это делал Павлов, замены психическим процессам на «сложно – нервные», но и не строя иллюзии, что «комплекс» К. Юнга – это какое-то совершенно отдельное понятие и явление.

Комплекс – это психический рефлекс, формирующийся в особых условиях, которые не могут быть отнесены к условиям нормы или равновесия.

Архетип – это врождённый психический рефлекс.

Инстинкт – это врождённый, определённый тип психического рефлекса, сопровождающийся совершенствием определённого действия.

Личность любого живого существа – это совокупность приобретённых и врождённых (архетипов) психических рефлексов.

Первое приближение к общей классификации рефлексов

Введение понятия психический рефлекс требует уточнения общей классификации рефлексов как таковых и обозначения границы раздела между психическими и чисто физиологическими рефлексами, поскольку не все типы безусловных рефлексов нуждаются в психической реакции. Это также отдельная обширная тема, которая не может быть рассмотрена в формате настоящей статьи. Но обозначить существование проблемы классификации все же необходимо.

Рефлекс – явление физиологическое или психологическое? Где заканчиваются физиологические процессы и начинаются психологические? Граница перехода от психического к физиологическому эксперименту интересовала И. Павлова, и он попытался сформировать своё отношение к этой проблеме, начиная говорить о своих экспериментах как о психических.

«В наших психических опытах мы имеем перед собой определённые внешние объекты, раздраждающие животное и вызывающие в нём определённую реакцию, в нашем случае – работу слюнных желез. Влияние этих объектов, как только что показано, в существенном то же самое, что и в физиологических опытах, когда они соприкасаются с полостью рта. Перед нами, следовательно, лишь дальнейшее приспособление – что объект, только приближаясь ко рту, уже действует на железы» [1].

Но результат его анализа оказался не в пользу психического.

«Что же характерного в этих новых явлениях сравнительно с физиологическими? Прежде всего, кажется, различие лежит в том, что в физио-

логической форме опыта вещества соприкасается непосредственно с организмом, а в психической форме оно действует на расстоянии. Но обстоятельство это само по себе, если, в него вдуматься, очевидно, не представляет никакого существенного различия этих, как бы особых, опытов от физиологических. Дело сводится лишь на то, что вещества на этот раз действуют на другие специально раздражимые поверхности тела – нос, глаз, ухо – при посредстве сред (воздух, эфир), в которых находятся и организм и раздражающие вещества» [1].

Чего стоит фраза: «*Сколько простых физиологических рефлексов передается с носа, глаза, уха, следовательно, на расстоянии!*». И. Павлов не увидел процесса распознавания объекта внешнего мира, и свёл функцию органов чувств к простым физиологическим рефлексам, не отделяя рефлексы друг от друга.

Линия раздела между типами рефлексов лежит там, где источником информации является не поверхность кожи, а органы чувств – там, где начинаются психические явления, никакого отношения к «сложно-нервным» не имеющие, отличающиеся от них только одним – наличием и необходимостью распознавания психического образа, как отражения внешнего мира. Нервный импульс, как источник информации для психических явлений, применим быть не может. Для них приобретает значимость не отдельный импульс, а их совокупность – информационный поток. Разве может сосательный (безусловный) рефлекс младенца считаться аналогичным безусловному рефлексу строительства гнезда у птиц? Эти два типа рефлексов необходимо отделить друг от друга и показать различие между ними.

Практическое применение концепции архетипа

Практическое применение понятия *архетип* – это также большая и сложная тема, требующая детального анализа, которая не может быть рассмотрена в формате этой статьи. Но проблемы, которые возникают при рассмотрении этой темы – мы обозначим.

Архетип имеет очень сомнительное практическое применение из-за того, что его сложно отделить от оценочных реакций сформированных научением, но без осознания этого процесса. Ранее был приведён пример формирования «искусственного архетипа» [4], в эксперименте «маленький Альберт». Безусловно, сформированное явление в данном случае не является архетипом, поскольку является не врождённым, а приобретённым, но сам участник этого эксперимента не может вспомнить ситуации, при которой он приобрёл новое свойство своей психики – страх перед предметами белого цвета или покрытыми шерстью. Фактически, весь опыт, приобретаемый младенцем в первые годы

жизни – будет иметь «условно-архетипический» характер (не может быть осознан субъектом как приобретённый) и не может быть отделён от реального врождённого архетипического опыта.

Такая точка зрения осталась незамеченной для Юнга, поэтому он решил выделить «реальный» архетипический продукт в содержаниях психики: Тень, Анима, Анимус, Мать и т.д. Продукт, который на самом деле может оказаться обычным продуктом научения на начальном, бессознательном отрезке жизненного пути человека. Например, если младенца внести в тёмную комнату и на бытовом уровне повторить эксперимент аналогичный «маленькому Альберту» [4], сильно хлопнув в ладоши, – в психике ребёнка будет сформирован элемент структуры бессознательного, который соединит образ темноты с инстинктивным страхом перед громким звуком. Также как и страх перед крысой, страх перед темнотой – будет не архетипическим врождённым опытом, а комплексом, но младенец, участвующий в эксперименте, также как и Альберт, в дальнейшей своей жизни этого знать не будет.

Именно об этой проблеме пишет Джон Нокс, ссылаясь на Локка и его высказывание, сделанное в 1689 г.: «*Знания некоторых истин, признаюсь, проявляются в Сознании очень рано, но таким образом, что они не кажутся врождёнными. Ибо, если мы будем наблюдать, то обнаружим их все ещё в виде идей не врождённых, а приобретённых. Это касается тех внешних предметов и явлений, которые первыми отпечатываются в сознании младенцев, с которыми они встречаются раньше всего, которые чаще всего воздействуют на их сознание*» [8].

То, что обнаруженные Юнгом архетипы, на 90% таковыми не являются, а являются комплексами начального периода развития личности ребёнка – ничуть не умаляет значимости теории архетипов в целом, поскольку большой необходимости в использовании архетипа на практике нет – это теоретический конструкт.

Какие психические реакции действительно являются архетипическими, как их можно отделить от реакций, полученных в процессе развития, можно ли это вообще сделать? Можно, но это будет неблагодарная работа, поскольку архетипичность полученного продукта доказать сложно.

Оценочные реакции, совпадающие у человека и у животных, могут (и должны) иметь архетипическое происхождение. Например, некоторые виды животных имеют матриархальный тип социальной организации (гиена, слон), объект «Мать» в большинстве случаев имеет позитивную оценочную реакцию, следовательно, вполне вероятен человеческий архетип «Мать». Как у человека, так и у большинства животных – особь противоположного пола имеет позитивную оценку, следовательно, стандартный тип сексуальной ориентации имеет, скорее всего, архетипического происхождения. Молодой

лев, изгоняя из прайда старого вожака, убивает его детёныш, но при этом не поедает их. Скорее всего, запрет на употребление в пищу особей своего вида архетипичен. Обратим внимание на тот факт, что убить детёныш предыдущего вожака – это инстинкт, в котором присутствует негативная реакция на чужих детёныш и инстинктивное действие – именно убить их, а не изгнать из прайда. Но при этом лев различает тип убитого детёныша своего вида и не может его съесть, не может увидеть в нём пищу. Пищевая оценка этого объекта – негативна. «Не съесть» – это не действие, которое предполагается в инстинкте, поэтому пищевая оценка – это не инстинкт, а именно архетип – врождённая психическая оценка. Это ещё одно подтверждение правильности предлагаемого определения архетипа (только одного из множества данных Юнгом).

Допустимо расширить термин «архетип» и использовать его не только в случаях врождённых оценочных реакций, но и в случаях реакций, приобретённых субъектом на начальном этапе развития, когда приобретаемый опыт не может быть им осознан в дальнейшем. Кроме того, учитывая определение инстинкта, как «инстинктивной реакции», не будет являться нарушением употребление термина *архетип* в комплексе с термином *инстинкт*.

Понятие архетипа ещё не исчерпало возможностей, заложенных в него К. Юнгом. Нам ещё не раз предстоит удивиться гениальности Юнга и глубине проникновения его интуиции в суть психических явлений. К. Юнг оставил нам огромное пространство вариантов возможных решений, из которых нам самим придётся выбирать те, которые будут оказывать влияние на парадигму науки.

Список использованной литературы:

1. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. – М.: Наука, 1973. – С. 11–31.
2. Павлов И.П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. – М. –Л.: Госиздат. – 1927. – 25 с.
3. Самусенко Е.Е. Общая теория человека. – М.: Локус Станди, 2009. – С. 25, 243, 269.
4. Самусенко Е.Е. Психотерапия. Архетипы и инстинкты, первое приближение // Психотерапия. – 2011. – № 9. – С. 60–68.
5. Самусенко Е.Е. Психотерапия. Архетипы и инстинкты, или «рефлекторная дуга» Юнга // Психотерапия. – 2011. – № 11. – С. 71–79.
6. Юнг К.Г. О природе психе. – М.: Рефл-бук – Ваклер, 2002. – С. 398–420.
7. Knox J. Archetype, Attachment, Analysis: Jungian Psychology and the Emergent Mind. – Routledge, 2003. – P. 23–24.
8. Knox J. From archetypes to reflective function // Journal of Analytical Psychology. – 2004. – Vol. 49. – P. 4.
9. Jacobi J. The psychology of C.G. Jung. – New York: Yale University – P. 26.
10. Jacobi J. Complex / Archetype / Symbol in the Psychology of C.G. Jung. – New York: Bollingen Series Pantheon, 1959. – P. 35.
11. Jung C.G. Instinct and the unconscious. – CW 8. 1960. – P. 129–138.
12. Jung C.G. A review of the complex theory. – CW 8. 1960. – P. 96–104.
13. Jung C.G. Psychologische Typen. – CW 6. 1960. – P. 376.
14. Stevens A. Archetype Revisited: An Updated Natural History of the Self. – London: Brunner-Routledge. – 2002. – P. 349.

УДК 159.96: 343.8

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ ОСУЖДЕННЫХ ЛИЦ

Н.Ф. Фесенко

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

Психодиагностика состоит в оценке реальной жизненной ситуации, возникающей на определённом отрезке жизненного пути конкретного человека. При этом главной целью такой оценки является вычленение психологической сущности практической задачи,

возникшей в этой жизненной ситуации. Это означает, что психолог переформулирует реальную проблему клиента в терминах психологических понятий и задач, изученных или изучаемых в теоретической и экспериментальной психологии. В этом процессе происходят:

- оценка психологических характеристик существа и условий практической задачи, особенности субъекта, ее решающего;
- раскрытие возможных психологических механизмов и способов её решения;
- определение основных психологических закономерностей, задающих границы осуществимости найденных вариантов решения.

Ситуация оценивается при помощи соответствующих практических методов, при этом совершаются психологическая классификация и анализ пространства жизненных ситуаций и задач, возникающих перед человеком на данном отрезке его жизненного пути. В результате психодиагностики происходят:

- а) идентификация реальных задач в пространстве и классах психологически решаемых задач;
- б) идентификация свойств и качеств людей и коллективов в системе соответствующих психологических категорий и типов.

Здесь важнейшими требованиями являются практическая валидность и персональная безопасность методов [1].

В повседневной деятельности пенитенциарных психологов значительную роль играет определение индивидуальных особенностей личности, отражающих типичные формы реагирования, механизмы приспособления и характер социального взаимодействия в среде. Полученная информация позволяет неплохо предсказывать и контролировать не только варианты ожидаемого поведения, но и выбирать оптимальные способы ориентированного контроля со стороны различных структурных подразделений уголовно-исполнительной системы [6].

Важнейший методический принцип психодиагностики – принцип комплексности – предполагает сочетание различных методических приёмов при диагностике одного и того же свойства, а также сочетание методик, направленных на родственные психические свойства и соотнесение результатов инструментального исследования с клинико-описательными данными. Успешная реализация данного принципа во многом зависит от индивидуального опыта в интерпретации итогов с учетом реальной жизненной ситуации испытуемых.

При реализации своих функций психодиагностика опирается на принципы нормативного регулирования исследовательского и практического использования психодиагностических методик, а также на международные профессионально-этические стандарты, принятые в работе психологов: ответственности; компетентности; этической и юридической правомочности; конфиденциальности; благополучия клиента; информирования клиента о целях исследования; морально-позитивного эффекта исследования [4].

Исходя из существующих классификаций психопатических расстройств, большинство выявленных у осужденных лиц аномалий психического склада можно расположить в рамках следующих состояний: эпилептоидные (возбудимые), шизоидные (экспансивные, эмоционально-тупые, сензитивные), гипертимные (с повышенной активностью), эмоционально-лабильные (неустойчивые, цикloidные), истероидные, психастенические, паранояльные. В пенитенциарных учреждениях с различным режимом отбывания наказания выделяется значительная группа осужденных лиц, несущих повышенную криминогенную нагрузку, т.е. совершающих, по сравнению с другими, более тяжкие и злостные преступления, отличающихся упорно рецидивным поведением. К ним относятся осужденные лица с психическими девиациями (эпилептоидного, шизоидного, гипертимного и паранояльного круга), которые в процентном соотношении составляют около 60%.

Для установления корреляций между преступным поведением и психическими отклонениями, необходимыми для выработки психопрофилактических, медико-психологических и реабилитационных программ по работе с осужденными лицами, является классификация психопатических состояний на синдромальном уровне. Для диагностики акцентуаций характера и психопатий используются следующие методики: патохарактерологический диагностический опросник ПДО), метод идентификации Эйдемиллера, методика Леонгарда-Шмишека, MMPI [6].

Мы рекомендуем расширить и пополнить диапазон психодиагностических возможностей такими методиками, как уровень невропатизации - психопатизации (УНП), уровень субъективного контроля (УСК); использовать методы интегральной оценки психического здоровья – тест «Неврально-психической адаптации» (для проведения уровневой оценки психического состояния в различных экстремальных ситуациях) и Шкалу психической адаптивности, разработанную В.А. Дюком на основе частотного анализа ответов на утверждения MMPI (характеризует широкий диапазон отклонений в соматической, психологической и поведенческой сферах) [3].

Особое внимание в пенитенциарных учреждениях обращают на себя тенденции осужденных лиц к суицидальному поведению. В психологическом плане лицам, находящимся в местах лишения свободы, свойственны выраженные эмоционально-волевые нарушения, ассоциативные установки, девиантное поведение, нетерпимость ограничений. Все эти факторы способствуют развитию конфликтных отношений сопровождающихся проявлением агрессивных и аутоагрессивных действий. Аутоагрессивные акты в таких случаях имеют чаще всего протестный и демонстративный характер. Обычно они проявляются в том, что осужденные лица принимают заведомо малую дозу ядовитых веществ, нано-

сят себе острыми предметами (лезвием ножа или бритвы) поверхностные царапины, причём организуют свои действия таким образом, чтобы их завершению помешали окружающие. При анализе такого случая нельзя недооценивать их опасность, поскольку нарочитая суицидальная попытка может оказаться для него роковой.

Основной задачей психолога является суицидологическая диагностика и организация психопрофилактических мероприятий. В практической деятельности диагноз складывается из определения наличия или отсутствия психической патологии и установления индивидуального суицидального риска. Для его определения целесообразно использовать разработанный в Суицидологическом федеральном научно-методическом центре при НИИ психиатрии (г. Москва) интегральный анализ двух факторов: суицидогенных и антисуицидогенных.

Суицидальные факторы:

1) групповые:

- социально-демографические (пол, возраст, профессиональный и семейный статус, наличие в анамнезе противоправных действий);
- медицинские (наличие той или иной формы психической патологии);

2) личностно-ситуационные:

- конфликты (локализация, содержание, направленность, динамика);
- степень суицидальных проявлений в прошлом и настоящем;

3) индивидуально-личностные:

- предраспозиционные (суицидогенные комплексы личности, формы и уровни дезадаптации);
- близайшие (суицидоопасные позиции и состояния);
- непосредственные (глубина и активность суицидальных тенденций).

Антисуицидальные факторы:

- a) интенсивные эмоциональные привязанности к значимым близким лицам;
- б) родительские обязанности;
- в) выраженное чувство долга;
- г) концентрация внимания на состоянии собственного здоровья;
- д) зависимость от общественного мнения и желание избежать осуждения со стороны окружающих;
- е) наличие жизненных планов, замыслов.

Вместе с тем, необходимо учитывать, что большинство из перечисленных факторов вариативны. Поэтому диагностированный у конкретного лица уровень суицидального риска не может автоматически экстраполироваться на его будущее, а требует тщательной и систематической коррекции.

Диагностика суицидального риска является определяющим моментом в психологической профилактике суицида и в своевременности постановки на

учёт у психиатра данной категории лиц. В качестве одного из инструментов для выявления лиц, склонных к суицидальному риску, служит методика MMPI.

Исходя из приведённых выше суицидогенных и антисуицидогенных факторов и на основании интерпретации профиля по основным (клиническим) и оценочным шкалам, психолог может выделить общие тенденции изменения шкал у лиц, относящихся к группе суицидального риска [6].

Важным шагом является внедрение формальной процедуры скрининга (оценки суицидального риска) вновь поступающих в учреждение заключенных. Поскольку самоубийство подследственных лиц может произойти в первые часы после их задержания или ареста, эффективная оценка суицидального риска должна проводиться практически сразу при помещении в учреждение. В исправительных учреждениях с высокой текучестью контингента и ограниченными ресурсами оценка риска самоубийства у всех поступающих лиц может оказаться невозможной. Прагматическим выходом из подобной ситуации может быть ориентация скрининга на тех заключенных, которые соответствуют профилям повышенного риска, и тех, кто проявляет признаки суицидальных намерений. Если позволяют ресурсы, суицидальный скрининг может быть проведен в контексте первичного медицинского осмотра, осуществляемого медицинским составом самого учреждения. Если же ответственность за скрининг возлагается на других сотрудников учреждения (не имеющих медицинского образования), то они должны быть хорошо обучены, и при его проведении должны пользоваться специальным списком вопросов, касающихся суицидального поведения. Например, при оценке суицидального риска лиц, поступающих в исправительное учреждение, положительные ответы на один или несколько из перечисленных ниже вопросов могут свидетельствовать о повышенном риске самоубийства и необходимости дальнейшей интервенции:

- заключенный находится в состоянии опьянения;
- заключенный проявляет необычно высокую степень стыда, вины и волнения по поводу ареста и заключения;
- заключенный выражает безнадежность или страх перед будущим, проявляет признаки депрессии, такие, как плач, бедность эмоций или их верbalного выражения;
- заключенный признает у себя мысли о самоубийстве в момент поступления;
- заключенный ранее получал лечение по поводу расстройств психического здоровья;
- заключенный в момент осмотра страдает психическим нарушением или ведет себя необычно или странно (например, не может со средоточиться, разговаривает с собой, слышит «голоса»);

- заключенный предпринимал одну или более суицидальных попыток в прошлом, и/или признает, что самоубийство и сейчас является приемлемым вариантом решения;
- заключенный признает, что в настоящем планирует самоубийство;
- заключенный признает или производит впечатление человека, у которого мало внутренних и/или внешних поддерживающих ресурсов.

Опросные листы по самоубийству являются важной частью комплексной программы превенции суицидов [5].

При проведении психологической диагностики осужденных, используются в основном методики, предполагающие искренние ответы на поставленные вопросы. Но не всегда, ответы, которые получают психологи, являются истинными, или же, осужденные лица просто не желают открываться по ряду причин диктуемых собственным негативным опытом и недоверчивостью, скрытностью или просто нежеланием. Именно поэтому, чтобы не сводить психодиагностику к формальной процедуре, следует использовать проективные методики. Проводить данные методики рекомендуется только после сбора выше означенных тестов и скринингов, так как стимульный материал подбирается индивидуально с учётом особенностей каждого осужденного. Целью тестов является исследование движущих сил личности - внутренних конфликтов, драйвов, интересов и мотивов.

Например, Тематический апперцептивный тест (ТАТ), как метод исследования воображения, позволяющий охарактеризовать личность обследуемого лица благодаря тому, что задача истолкования изображенных ситуаций, которая ставится перед обследуемым лицом, позволяет ему фантазировать без видимых ограничений и способствует ослаблению механизмов психологической защиты, что в условиях заключения является очень важным.

Тестируемому предлагаются чёрно-белые рисунки, на большинстве которых изображены люди в бытовых ситуациях. На большинстве рисунков ТАТ изображены человеческие фигуры, чувства и действия которых, выражены с различной степенью ясности. ТАТ содержит 30 картин, некоторые были нарисованы специально по указанию психологов, другие - являлись репродукциями различных картин, иллюстраций или фотографий. Кроме того, испытуемому лицу предъявляется также белый лист, на котором он может вызвать путём воображения любую картину, какую захочет. Из этой серии в 31 рисунок каждому испытуемому лицу обычно предъявляется последовательно 20. Из них 10 предлагаются всем, остальные подбираются в зависимости от пола и возраста испытуемого лица. Эта дифференциация определяется возможностью наибольшей идентификации испытуемым лицам себя с изоб-

раженным на рисунке персонажем, так как такая идентификация легче, если рисунок включает персонажи, близкие испытуемому по полу и возрасту. Исследование обычно проводится в два сеанса, разделенные одним или несколькими днями, в каждом из которых предъявляются последовательно в определенном порядке 10 рисунков. Допускается, однако, модификация процедуры ТАТ. Некоторые психологи считают, что в клинических условиях более удобно проводить исследование целиком в один раз с 15-минутным перерывом, другие же используют часть рисунков и проводят исследование за 1 час. Испытуемому лицу предлагается придумать историю по каждой картине, в которой нашла бы отражение изображенная ситуация, было бы рассказано, что думают и чувствуют персонажи картины, чего они хотят, что привело к ситуации, изображенной на картине, и чем это закончится. Ответы записываются дословно с фиксацией пауз, интонаций, восклицаний, мимических и других выразительных движений (могут быть привлечены стенография, магнитофон, реже запись поручается самому испытуемому). Так как испытуемый не знает о значении своих ответов, касающихся, казалось бы, посторонних для него объектов, ожидается, что он раскроет определенные аспекты своей личности более свободно и с меньшим сознательным контролем, чем при прямом расспросе. Интерпретация протоколов ТАТ не должна проводиться «в вакууме», этот материал следует рассмотреть по отношению к известным фактам жизни личности, которую исследуют. Большое значение придается подготовке и искусству психолога. Помимо знания психологии личности и клиники, он должен иметь значительный опыт работы с методом, желательно использование этого метода в условиях, когда возможно сопоставление результатов по ТАТ с подробными данными об этих же испытуемых, полученными другими средствами [7]. Следующие 5 допущений связаны с определением наиболее диагностически информативных рассказов или их фрагментов.

1. Сочиняя историю, рассказчик обычно идентифицируется с одним из действующих лиц, и желания, стремления и конфликты этого персонажа могут отражать желания, стремления и конфликты рассказчика.
2. Иногда диспозиции, стремления и конфликты рассказчика представлены в неявной или символической форме.
3. Рассказы обладают неодинаковой значимостью для диагностики импульсов и конфликтов. В одних может содержаться много важного диагностического материала, а в других - очень мало, или он может вообще отсутствовать.
4. Темы, которые прямо вытекают из стимульного материала, скорее всего, менее значимы, чем темы, прямо не обусловленные стимульным материалом.

-
-
5. Повторяющиеся темы с наибольшей вероятностью отражают импульсы и конфликты рассказчика.

И, наконец, ещё 4 допущения связаны с выводами из проективного содержания рассказов, касающимися других аспектов поведения.

1. Рассказы могут отражать не только устойчивые диспозиции и конфликты, но и актуальные, связанные с текущей ситуацией.
2. Рассказы могут отражать события из прошлого опыта субъекта, в которых он не участвовал, но был их свидетелем, читал о них и т.п. Вместе с тем сам выбор этих событий для рассказа связан с его импульсами и конфликтами.
3. В рассказах могут отражаться, наряду с индивидуальными установками, групповые и социокультурные установки.
4. Диспозиции и конфликты, которые могут быть выведены из рассказов, не обязательно проявляются в поведении или отражаются в сознании рассказчика.

В подавляющем большинстве схем обработки и интерпретации результатов ТАТ интерпретации предшествует вычленение и систематизация диагностически значимых показателей на основании

формализованных критерииев. В.Э. Рэнге называет эту стадию обработки симптомологическим анализом. На основе данных симптомологического анализа делается следующий шаг - синдромологический анализ по Рэнге, который заключается в выделении устойчивых сочетаний диагностических показателей и позволяет перейти к формулировке диагностических выводов, которая представляет собой третий этап интерпретации результатов. Синдромологический анализ, в отличие от симптомологического, в очень слабой мере поддаётся какой-либо формализации. Вместе с тем он неизбежно опирается на формализованные данные симптомологического анализа [2].

Глубокая и тщательная психодиагностика осужденных лиц в пенитенциарных учреждениях позволяет своевременно и эффективно проводить психо-профилактические и психокоррекционные мероприятия. Имея в арсенале качественный диапазон необходимых диагностических методик, и используя его по мере необходимости, психологи пенитенциарной системы способны контролировать как общую психологическую ситуацию в среде осужденных лиц, так и добиваться устойчивой положительной динамики в частной работе с отдельными осужденными.

Список использованной литературы:

1. Кибальченко И.А., Голубева Е.В. *Психодиагностика*. – Ростов-на-Дону, 2009. – 302 с.
2. Леонтьев Д.А. *Тематический апперцептивный тест*. 2-е изд. – Москва: Смысл, 2000. – 254 с.
3. Овчинников Б.В., Костюк Г.П., Дьяконов И.Ф. *Технологии сохранения и укрепления психического здоровья*. – СПб, 2010. – 301 с.
4. Петрова Н.Н. *Психология для медицинских специальностей*. – Москва, 2008. – 318 с.
5. Превенция самоубийств. Руководство для работников пенитенциарной системы / Под редакцией д.м.н., проф. Розанова В.А., к.м.н., доц. Моховикова А.Н. - ВОЗ, Женева, 2000. – 23 с.
6. Рабочая книга пенитенциарного психолога / Под редакцией Мокрецова А.И., Голубева В.П., Шамиса А.В. - Москва, 1998.
7. Соколова Е.Т. *Психологическое исследование личности: проективные методики*. – Москва: ТЕИС, 2002. – 150 с.

РЕЗЮМЕ

К МЕТОДОЛОГИИ КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ

А.Л. Катков

В статье А.Л.Каткова «К методологии комплексного исследования проблемы социальных эпидемий» обосновывается актуальность рассматриваемой проблемы. Приводятся общие сведения об исследовательском процессе. Подробно описывается общая методология исследования. Приведены характеристики основных инструментов исследования. Подчеркивается тот факт, что масштабное и комплексное изучение проблемы социальных эпидемий проводится впервые.

Ключевые слова: социальные эпидемии, исследование, методология.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

А.Л. Катков

В статье А.Л.Каткова «Новые подходы в профилактике интернет-зависимости» рассматривается общая стратегия профилактики интернет-зависимости, подробно описываются основные профилактические технологии: диагностические, тренинговые, консультативные, психотерапевтические, специальные. Особый акцент делается на технологиях последней группы, консолидирующих возможности семьи и школы в аспекте профилактики компьютерной зависимости.

Ключевые слова: интернет-зависимость, компьютерная зависимость, профилактика, технологии.

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ В СВЕТЕ КОНЦЕПЦИИ МУТАГЕННЫХ ЦИВИЛИЗАЦИОННЫХ ФАКТОВ И СИНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Основные механизмы эффективного противодействия распространению социальных эпидемий в свете концепции мутагенных цивилизационных факторов и синергетического подхода» обосновываются главные теоретические концепты, из которых выстраиваются обновленные доктринальные подходы противодействия исследуемому эпидемическому процессу. В качестве таких концептов рассматривается потенциально позитивный вектор воздействия мутагенных цивилизационных факторов, который оформляется в локальную структуру, соответствующую каждому идентифицированному фактору, и далее – в кластерную структуру следующего уровня. Подробно описываются основные доктринальные установки в отношении главных агентов противодействующей активности, реализация которых будет способствовать успешному блокированию процессов распространения социальных эпидемий.

Ключевые слова: социальные эпидемии, механизмы противодействия, мутагенные цивилизационные факторы.

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Универсальные механизмы вовлечения в социальные эпидемии» описываются так называемые «мутагенные факторы», взаимодействие которых лежит в основе перехода от локального к эпидемическому статусу наиболее деструктивных форм химической и психологической зависимости. Рассматриваются основные векторы воздействия мутагенных факторов. Анализируется функциональный вклад каждого фактора в общую последовательность событий, приводящих к активизации эпидемического процесса. Приводится универсальный алгоритм вовлечения в социальные эпидемии.

Ключевые слова: мутагенные факторы, социальные эпидемии, взаимодействие.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ

А.А. Кусаинов, Е.Б. Байкенов, В.П. Павленко, Ж.М. Хамитова, С.В. Зайнуллин

В статье представлен обзор литературы по проблеме интернет-аддикции. Анализ результатов, полученных исследователями, позволяет рассматривать зависимость от Интернета, как самостоятельную форму нехимической аддикции со своими специфическими клиническими проявлениями. Приоритетными направлениями дальнейшего решения обозначенной проблемы должны быть «универсализация» диагностических критериев и разработка эффективных методов профилактики и психокоррекции интернет-аддикции.

«ЧУВСТВО ЖИЗНИ» КАК ИНДИКАТОР ЭВОЛЮЦИИ ПРОЦЕССА В ПСИХОТЕРАПИИ

М.Е. Жидко

Рассмотрено «чувство жизни» как предмет психотерапевтической работы, социокультурные аспекты его нарушений. Выделены сущностные признаки, позволяющие рассматривать его как конечную цель и, одновременно, средство психотерапии. Выдвинут тезис о том, что фокусировка на «чувстве жизни» в психотерапии является точкой бифуркации психотерапевтического процесса. Обоснована необходимость процессуально-ориентированной работы. Описаны требования к «личностной зрелости» психотерапевта, работающего с «чувством жизни».

Ключевые слова: «чувство жизни», процесс психотерапии, процессуальная идентичность, процессуально-ориентированная психотерапия, эволюция психотерапии.

К ПРОГРАММЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПО ТЕМЕ «ЭКСПРЕСС-ПСИХОТЕРАПИЯ»

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «К программе тематического усовершенствования по теме «Экспресс-психотерапия» аргументируется необходимость разработки такого вида программы подготовки специалистов психотерапевтического профиля. Подробно расписываются основные разделы образовательной программы. Комментируются теоретические и практические блоки. Приводятся сведения об эффективности обучения курсантов на тематических циклах.

Ключевые слова: тематическое усовершенствование, экспресс-психотерапия, учебная программа.

ОСОБЕННОСТИ КРАТКОСРОЧНЫХ ПОДХОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЗАВИСИМОСТЯХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Ж.К. Мусабекова

В данной статье приведены особенности психотерапевтических технологий, применяемых в краткосрочном контексте с клиентами, имеющими проблемы химической зависимости.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И СИНЕРГЕТИКА. НОВАЯ ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНАЯ ФИЛОСОФСКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА

С.В. Уманский

Теоретической основой для психотерапии, которая по своей природе трансдисциплинарна, может стать синергетика - теория самоорганизующихся систем. С позиций синергетики любая нелинейная система (в т.ч. человек) эволюционируя, стремится к самосохранению (через адаптацию и самоорганизацию). Эволюция человека, как личности может рассматриваться как чередование этапов адаптационного развития и катастрофических этапов, приводящих к ее трансформации. Используя принципы синергетики можно предположить,

что для эффективной психотерапии необходим качественный терапевтический альянс, в котором иерархически доминантный врач оказывает мягкое, контролируемое, осторожное воздействие. В основе эффективного воздействия лежит психотерапевтический альянс.

Основными принципами построения терапевтического альянса являются антропоцентризм, ответственность, безусловное приятие пациента и подстройка к нему.

Постепенно, диалектика врачебного управления должна перейти в самоуправление, осуществляемое пациентом.

Ключевые слова: психотерапия, синергетика, эволюция личности, терапевтический альянс, психотерапевтическое воздействие.

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЁТЕ СО II ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ (на примере работы Общественного объединения «Клубный Дом «Альрами»)

С.Н. Молчанов

В статье отражён опыт реализации пилотного проекта в г. Павлодаре по реабилитации лиц, состоящих на учёте со II группой инвалидности по психическому заболеванию. История данного реабилитационного направления. Какие услуги можно оказывать. Перспективы развития.

ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА ОСНОВЕ ОПЫТА РАБОТЫ КГУ «ДЕТСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ г. АСТАНЫ»

Д.Р. Тампишева

В статье предлагается рассматривать паллиативную помощь как активное действие, предполагающее комплексный (физический, эмоциональный, социальный и духовный) подход к больному ребёнку, подростку или молодому человеку, имеющему ограниченный срок жизни вследствие наличия неизлечимого заболевания. В данном случае - оказание специализированной паллиативной и хосписной помощи детям с врожденной и приобретенной психоневрологической патологией.

ПРОФИЛАКТИКА ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Профилактика игровой зависимости» рассматриваются основные технологии первичной профилактики распространения игровой зависимости: диагностические, тренинговые, консультативные, психотерапевтические, специальные. Подчеркивается особое значение последней технологической группы, направленной на адекватное взаимодействие семьи и школы, при профилактической работе с детьми и подростками.

Ключевые слова: игромания, первичная профилактика, технологии.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – УСТОЙЧИВОСТИ К ВОВЛЕЧЕНИЮ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Функциональная концепция психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии» на основании полученного фактологического материала по обоснованию универсальных факторов риска-устойчивости формулируются основные положения функциональной концепции психологического здоровья-устойчивости к агрессивному воздействию среды. Подчеркивается то обстоятельство, что данные положения доказали свою состоятельность в ходе проведения масштабных эпидемиологических, профилактических и экспериментальных клинико-психологических исследований. Авто-

ром подробно описываются основные блоки разработанной концепции – содержательный, системно-динамические и результирующие. При этом акцентируется тот факт, что основная функция высоких уровней индивидуального и социального психологического здоровья – обеспечивать устойчивость населения к вовлечению в социальные эпидемии.

Ключевые слова: психологическое здоровье, устойчивость, социальные эпидемии.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ МЕТОД СУГГЕСТИВНО-ОБРАЗНОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Н.С. Козлова, Е.Ю. Палкина, Е.Ф. Потехина, М.В. Одегова, Т.В. Кривошеева

В статье даётся описание интегративного метода суггестивно-образной терапии и оценивается его эффективность в реабилитации психически больных.

Ключевые слова: суггестивно-образная терапия, зависимости, депрессии, результаты лечения.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ/ЗАВИСИМОСТИ (обзор англоязычных литературных источников)

М.В. Прилуцкая-Сущенко

В статье приводится обзор основных направлений в исследовании феномена интернет-аддикции/зависимости на основе использования информационной базы данных Springer Science . Дано характеристика состояния данной проблемы в течение последней декады лет в мировой аддиктологии. Упоминаются пройденные этапы и достижения научного поиска, а также представлены новые цели в изучении феномена зависимости от киберпространства.

КОНЦЕПЦИЯ АРХЕТИПА: ВТОРОЕ РОЖДЕНИЕ, ИЛИ «ПСИХИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС»

Е.Е. Самусенко

Рассматриваются общие результаты более чем тридцатилетней работы К.Юнга над понятием «архетип», имеющие фундаментальное значение для психологии, недооценённые в настоящее время. Рассматривается принцип К. Юнга, согласно которому инстинктивный процесс подразделяется на отдельные функциональные части, каждая из которых имеет право как на отдельное существование, так и на существование в совокупности с другими элементами. Предлагается структура инстинкта, описание её функциональных элементов. Даётся определение понятию «инстинкт». Делается вывод о необходимости ещё одного изменения концепции бессознательного, разделение его не только на коллективное и личное, но и на «реактивную» и «двигательную» части. Рассматривается «архетип личного бессознательного» или понятие «психический рефлекс», его сходство с архетипом. Делается вывод о тождественности этих понятий для врождённых психических реакций на объект внешнего мира. Затрагиваются вопросы общей классификации рефлексов и практического применения понятия архетип. Делается вывод о возможности влияния теории архетипов К. Юнга на фундаментальные понятия психологии, и обосновывается назревшая необходимость изменения общей парадигмы психологии под воздействием этой теории.

Ключевые слова: Юнг, архетип, инстинкт, «рефлекторная дуга», «психический рефлекс».

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ ОСУЖДЕННЫХ ЛИЦ

Н.Ф. Фесенко

В статье представлены психодиагностические аспекты, актуальные для психологов пенитенциарных учреждений, затрагивающие личностную психодиагностику, диагностику суицидов. Также в статье рассматриваются наиболее эффективные, при применении их в среде осужденных лиц, проективные методики, которые снижают риск искажения получаемой информации.

SUMMARY

TO METHODOLOGY OF COMPLEX RESEARCH OF A PROBLEM OF SOCIAL EPIDEMICS

A.L. Katkov

The urgency of a surveyed problem locates in A.L. Katkov's article «To methodology of complex research of a problem of social epidemics». General information about research process is given. The general methodology of research is in detail described. Characteristics of the main instruments of research are provided. That fact is emphasized that large-scale and complex studying of a problem of social epidemics are carried out for the first time.

Keywords: social epidemics, research, methodology.

NEW APPROACHES IN INTERNET DEPENDENCE PREVENTIVE

A.L. Katkov

In A.L. Katkov's article «New approaches in Internet dependence preventive» the general strategy of preventive of Internet dependence is surveyed, the main preventive technologies are in detail described: diagnostic, advisory, psychotherapeutic, special. The special accent becomes on the technologies of the last group consolidating possibilities of a family and school in aspect of preventive of computer dependence.

Keywords: Internet dependence, computer dependence, preventive, technologies.

THE MAIN MECHANISMS OF EFFECTIVE COUNTERACTION TO DIFFUSION OF SOCIAL EPIDEMICS IN THE LIGHT OF THE CONCEPT OF THE MUTAGEN CIVILIZATIONAL FACTS AND A SYNERGETIC APPROACH

A.L. Katkov

In article of A.L. Katkov «The main mechanisms of effective counteraction to diffusion of social epidemics in the light of the concept of the mutagen civilizational facts and a synergetic approach» locate the main theoretical concepts from which the updated doktors approaches of counteraction to studied epidemic process are built. As such concepts potentially positive vector of influence of mutagen civilizational factors which is made out in the local structure corresponding to each identified factor, and further – in cluster structure of the following level is surveyed. The main doktors installations concerning the main agents of the counteracting activity which realization will promote successful blocking of processes of diffusion of social epidemics are in detail described.

Keywords: social epidemics, counteraction mechanisms, mutagen civilizational factors.

UNIVERSAL MECHANISMS OF INVOLVEMENT IN SOCIAL EPIDEMICS

A.L. Katkov

In article of A.L. Katkov «Universal mechanisms of involvement in social epidemics» are described so-called «mutagen factors» which interaction underlies transition from local to the epidemic status of the most destructive forms of chemical and psychological dependence. The main vectors of influence of mutagen factors are surveyed. The functional contribution of each factor to the general sequence of the events leading to activation of epidemic process is analyzed. The universal algorithm of involvement is given in social epidemics.

Keywords: mutagen factors, social epidemics, interaction.

INTERNET DEPENDENCE AS ONE OF FORMS OF NOT CHEMICAL ADDICTION

A.A. Kusainov, E.B. Baykenov, V.P. Pavlenko, Zh.M. Hamitova, S.V. Zaynulin

In article the literature review on a problem of Internet addiction is presented. The analysis of the results received by researchers, allows to survey dependence on the Internet, as an independent form of not chemical addiction with the specific clinical implications. «Universalization» of diagnostic criteria and development of effective methods of prevention and psychocorrection Internet addiction should be the priority directions of the further solution of the designated problem.

A «SENSE OF LIFE» AS AN INDICATOR OF THE EVOLUTION PROCESS IN PSYCHOTHERAPY

M.E. Zhidko

Considered is «a sense of life» as a subject of psychotherapy, so do-cultural aspects of its malfunctions. Identified are the essential features which allow us to consider it as a final aim and, simultaneously, as the means of therapy. Argued is the thesis that the focus on «a sense of life» in psychotherapy is a bifurcation point of psychotherapeutic process. Proved is the necessity of the process-oriented work. Described are the requirements to «personal maturity» of the therapist who works with «a sense of life».

Key words: «a sense of life», process of psychotherapy, procedural identity, process-oriented psychotherapy, the evolution of psychotherapy.

TO THE PROGRAM OF THEMATIC IMPROVEMENT ON THE SUBJECT «EXPRESS PSYCHOTHERAPY»

A.L. Katkov

In article of A.L. Katkov «To the program of thematic improvement on the subject «Express psychotherapy» is given reason need of development such the core of the program of training of specialists of a psychotherapeutic profile. The main sections of an educational program in detail undersign. Theoretical and practical blocks are made comments. Data on learning efficiency of cadets on thematic cycles are given.

Keywords: thematic improvement, express psychotherapy, training program.

FEATURES OF SHORT-TERM APPROACHES OF A PSYCHOTHERAPY AND THE CONSULTATION, APPLIED AT DEPENDENCES ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Zh.K. Musabekova

Features of the psychotherapeutic technologies applied in a short-term context with clients are given in this article, having problems of chemical dependence.

CLINICAL PSYCHOTHERAPY AND SYNERGETICS. NEW TRANSDISCIPLINARY PHILOSOPHICAL AND METHODOLOGICAL PARADIGM

S.V. Umansky

The theoretical base for psychotherapy, that is transdiscipline by its nature, is a theory of self-organizing systems. From the point of view of synergetics, in the process of evolution any nonlinear system (including a human being) urges towards self-organization. Man's evolution as a personality can be viewed interchange of adaptation developments periods and disastrous periods, which leads to its transformations. Using synergetics principles it is possible to assume, that a good therapeutic alliance is necessary for qualitative psychotherapy. And in this alliance hierarchically dominant physician renders soft, controlled, careful assistance. The psychotherapeutic alliance lies in base of the efficient influence.

The main principles of construction of therapeutic alliance are anthropocentrism, responsibility, unconditional liking of a patient and adaptation to him. And the physician is always active and dominant.

Graduality, the dialectic of medical management should pass to self-management, exercising by a patient.

Keywords: psychotherapy, synergetics, evolution to personalities, therapeutic alliance, psychotherapeutic influence.

THE ORGANIZATION OF REHABILITATIONAL SERVICES FOR THE FACES CONSISTING ON THE ACCOUNT WITH THE II GROUP OF DISABILITY ON A MENTAL DISEASE (on an example of work of Public association ««Alrami» Club House)

S.N. Molchanov

In the article reflects the experiences of the pilot project in Pavlodar rehabilitation of persons who are registered with II group disability for mental illness. The story is of rehabilitation way. The services that we can deliver. Prospects are for development.

ASSESSMENT OF NEEDS IN THE PALLIATIVE HELP TO THE CHILDREN'S POPULATION OF KAZAKHSTAN REPUBLIC ON THE BASIS OF KGU «CHILD CARE PSYCHONEUROLOGICAL MEDICO-SOCIAL FACILITY OF ASTANA» EXPERIENCE

D.R. Tampisheva

In article it is offered to survey the palliative help as the active action assuming complex (physical, emotional, social and spiritual) an approach to the sick child, the teenager or the young man having limited term of life owing to existence of an incurable disease. In this case - rendering of the specialized palliative and hospice help to children with the congenital and acquired psychoneurological pathology.

PREVENTION OF GAME DEPENDENCE

A.L. Katkov

In article of A.L. Katkov «Prevention of game dependence» the main technologies of primary prevention of diffusion of game dependence are surveyed: diagnostic, advisory, psychotherapeutic, special. Special value of the last technological group referred on adequate interaction of a family and school is emphasized, at preventive work with children and teenagers.

Keywords: game addiction, primary prevention, technologies.

THE FUNCTIONAL CONCEPT OF PSYCHOLOGICAL HEALTH – FASTNESS TO INVOLVEMENT IN SOCIAL EPIDEMICS

A.L. Katkov

In article of A.L. Katkov «The functional concept of psychological health fastness to involvement in social epidemics» on the basis of the received factological material on justification of universal factors of risk fastness basic provisions of the functional concept of psychological health fastness to aggressive influence of medium are formulated. That circumstance is emphasized that these provisions proved the solvency during carrying out large-scale epidemiological, preventive and pilot clinic-psychological studies. The author in detail describes main units of the developed concept – substantial, systemic and dynamic and resultant. That fact is thus accented that the main function of high levels of individual and social psychological health – to provide fastness of the population to involvement in social epidemics.

Keywords: psychological health, fastness, social epidemics.

INTEGRATIVE METHOD OF IMAGINATIVE AND SUGGESTIVE THERAPY IN MENTAL PATIENTS REHABILITATION

N.S. Kozlova, E.J. Palkina, E.F. Potekhina, M.V. Odegova, T.V. Krivosheeva

In article the description integrative a method of suggestive-shaped therapy is given and its efficiency in aftertreatment mentally sick is estimated.

Key words: suggestive-shaped therapy, dependences, depressions, results of treatment.

MAIN ASPECTS OF RESEARCH OF A PHENOMENON INTERNET-ADDICTION / DEPENDENCE (review of English references)

M.V. Prilutskaya-Sushchenko

In article the review of the main directions is provided in phenomenon research of internet-addiction / dependence on the basis of use of information Springer Science database. The characteristic of a condition of this problem within the last decade of years in a world addictology is given. The passable stages and achievements of scientific search are mentioned, and also the new purposes in studying of a phenomenon of dependence on a cyberspace are presented.

CONCEPT OF ARCHETYPE THE SECOND BIRTH, OR «PSYCHIC REFLEX»

E.E. Samusenko

The article examines the general results of Jung's more than thirty-year work on the concept of «archetype». His results, which are fundamental for psychology, are now of inestimable importance. The Jungian principle of instinctive processes is examined. The possibility of dividing instinct into separate functional parts, each of which exists independently and in conjunction with other elements. The article suggests a structure of instinct and a description of its functional elements. It provides a definition of the concept of instinct. The article concludes that yet another adjustment is needed to the concept of the subconscious: it should be divided not only into the collective and the personal subconscious, but also into «reactive» and «motive» components. The article examines the «archetype» of the personal subconscious, or the concept of «psychic reflex» and its similarity to archetype. It is concluded that these concepts are identical in instances of the innateness of the subconscious's psychic reaction to an object in the external world. It suggests a definition of the concept «psychic reflex», and touches on questions of the general classification of reflexes and the practical applications of the concept of archetype. The article concludes that Jung's archetypes had an impact on fundamental concepts of psychology and on the emergence of new ones, and that it has become necessary to adjust the general paradigm of psychology in light of this influence.

Key words: Jung, archetype, instinct, «reflex arc», «psychic reflex».

PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN PENAL SYSTEM OF THE CONDEMNED PERSONS

N.F. Fesenko

In article the psychodiagnostic aspects actual for psychologists of penal institutions, affecting a personal psychodiagnosis, diagnostics of suicides are presented. Also in article the most effective are surveyed, at their application among the condemned persons, projectiv