

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XIX

№ 4

2013

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков;
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;
профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; 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 № 8864-Ж от 14.12.2007 г.

выдано Министерством культуры и информации

Республики Казахстан

Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 от 10.01.2001 г. выдано

Министерством Российской Федерации по делам печати,

телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Журнал основан в 1995 году

Периодичность: ежеквартально

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

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Катков А.Л.</i>	
Система общетерапевтических факторов как универсальный компонент общей теории психотерапии	5-17
<i>Катков А.Л.</i>	
Принципы системной интеграции в общей теории психотерапии	18-47
<i>Катков А.Л.</i>	
Базисная исследовательская программа и параметрический ряд предметного поля психотерапии	47-65
<i>Катков А.Л.</i>	
Нормы и этика в профессиональной психотерапии	65-76
<i>Пак Т.В.</i>	
Социальная психотерапия как инновационная форма развития психологической устойчивости у молодёжи	76-79

ПСИХИАТРИЯ

<i>Вейсенберг С.Д., Кусаинова М.И., Жунусова Ж.С.</i>	
Опыт клинического применения атипичного антипсихотика Солиана в терапии острого приступа шизофрении	80-81

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

<i>Батхолдина Г.Е., Сергазина С.А., Семенова Н.А., Пак Т.В.</i>	
Психология и деонтология в дерматовенерологии	82-85
<i>Катков А.Л.</i>	
Дисциплинарно-коммуникативное сообщество и его функции	85-92

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

Том XIX
№ 4
2013 год

выходит
4 раза в год

<i>Пак Т.В.</i>	
Проект стандарта первичной профилактики химических и нехимических аддикций среди детей и молодёжи в системе образования	93-100
<i>Резюме</i>	101-104
<i>Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2013 год</i>	105-107

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

PSYCHOTHERAPY

<i>Katkov A.L.</i> System of all-therapeutic factors as universal component of the general theory of a psychotherapy	5-17
<i>Katkov A.L.</i> The principles of systemic integration in the general theory of psychotherapy	18-47
<i>Katkov A.L.</i> Basic research program and parametrical series of a subject field of a psychotherapy	47-65
<i>Katkov A.L.</i> Norms and ethics in a professional psychotherapy	65-76
<i>Pak T.V.</i> Social psychotherapy as an innovative form of develop- ment of psychological fastness at youth	76-79

PSYCHIATRY

<i>Veysenberg S. D., Kusainova M. I. Zhunusova Zh.S.</i> Experience of clinical application of an atypical antipsychotic Solian in the treatment of acute-onset schizophrenia	80-81
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

HEALTH PSYCHOLOGY. VALIOLOGY.

<i>Batholdina G.E., Sergazina S.A., Semenova N.A., Pak T.V.</i> Psychology and deontology in a dermatovenerolog	82-85
<i>Katkov A.L.</i> Disciplinary and communicative community and its functions	85-92

INFORMATION AND REVIEWS

**Volume XIX
№ 4
2013**

**Published 4 times
in a year**

<i>Pak T.V.</i> The draft of the standard of primary prevention of chemical and not chemical addiction among children and youth in an education system	93-100
<i>Summary</i>	101-104
<i>The bibliography to the «Questions of Mental Medicine and Ecology» magazine for 2013</i>	105-107

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.859:61:34

СИСТЕМА ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ОБЩЕЙ ТЕОРИИ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., профессор, г. Павлодар (Республика Казахстан)

Введение

В ходе реализации комплексного проекта по разработке актуальных теоретических и практических аспектов направления интегративной и эклектической психотерапии нами проводилось системное исследование общетерапевтических факторов с идентификацией их роли в построении общей теории психотерапии.

Проводимые в ходе настоящего исследования экспликация и функциональное уточнение множества факторов, обозначаемых в основных источниках как «общетерапевтические», соотнесение их содержательных характеристик с основными компонентами общей теории психотерапии даёт возможность для адекватной классификации данных факторов, основанной на обновлённых системообразующих принципах её построения. Последние, собственно говоря, и являются проработанным теоретическим основанием внутреннего вектора интеграции психотерапии – между различными направлениями, модальностями и методами – формирующим общее, системно структурированное поле профессиональной психотерапии.

Краткий обзор достигнутых к настоящему времени результатов в исследовании общетерапевтических факторов показывает следующее.

Имеют место как попытки систематизации общих для различных школ характеристик структуры, процесса психотерапии и его атрибуций, относимых к терапевту, клиенту и системе отношений между ними, так и простая номинация общетерапевтических факторов с обоснованием универсальных механизмов их действия.

Так, общая модель структуры психотерапевтического процесса Орлински и Ховарда (1986) в модификации М. Пере, У. Бауманна (2012) предусматривает блоки факторов, относящихся к обществу (факторы обеспечения, социокультурные факторы); терапевту (профессиональные и личностные характеристики); пациенту (профессиональные и личностные характеристики); терапевтическому контракту; терапевтическим отношениям; терапевтическим действиям; активности иных лиц, заинтересованных в терапии (родные, близкие и пр.).

Наиболее современная и полная на сегодняшний день систематика общих факторов, предложенная Майнардом Пере и Урсом Бауманном (2012), содержит следующие блоки: 1) *структура психотерапии общая для различных школ* (в данном блоке воспроизводится вышеприведённая модифицированная схема Орлински-Ховарда); 2) *общие черты в структуре процесса психотерапии* (в данном блоке рассматриваются такие факторы, как: фазы изменения у пациента до, во время и после терапии по схеме Д. Прохазка, К. ДиКлементе, Дж. Норкросс, 1992; фазы временной организации процесса психотерапии по модифицированной схеме Kanfer, Grimm, 1980; а также – общие цели и их структура при различных формах психотерапии по схеме Орлински-Ховарда, 1986); 3) *основные механизмы изменений при психотерапии, общие для разных школ* (в данном блоке рассматриваются такие факторы как: механизмы и процессы, общие для различных школ – при этом используется схема К. Гравэ, 1997, модель транстеоретических изменений Д. Прохазки, Д. Норкrossа, 2001; психологические средства и процессы обучения в психотерапевтических вмешательствах – здесь рассматривается общая схема процессов и вмешательств Д. Прохазки, К. ДиКлементе, Д. Норкrossа, 1992, такие механизмы, как «формирование стереотипа путём тренировки», «конfrontация с ситуацией, вызывающей страх», «позитивная или негативная, вербальная или невербальная обратная связь со стороны психотерапевта – обозначаемая также как мотивационная обратная связь», «психотерапевт как модель», «когнитивные средства – разъяснение, убеждение и пр.», «психофизиологически ориентированные методы», «терапевтические отношения, рассматриваемые как коммуникативное средство терапии, с возможностью использования социального подкрепления, моделирования и других когнитивных средств»); 4) *терапевтические воздействия общие для разных методов* (в этом блоке рассматриваются две группы факторов, отражающих уровни процесса и результатов; к первой относятся: укрепление психотерапевтических отношений, усиление надежды пациента на конструктивные изменения, повышение сенсибилизации

ции к эмоциональным и угрожающим самооценке проблемам, развитие способности конфронтации с самим собой и обеспечение возможности приобретения нового опыта при обучении; ко второй группе факторов, характеризующих уровень результатов, относятся: микрорезультаты – конкретные и краткосрочные, влияющие на конкретную жизнь пациента, а также – макрорезультаты, которые имеют более долгосрочное значение и касаются центральных структур личности (установки, способности и пр.); кроме того в данном блоке рассматриваются три уровня воздействия: изменения самочувствия, изменения симптомов, изменения структуры личности); 5) *переменные психотерапевта общие для разных методов* (по данному блоку рассматриваются четыре группы факторов, определяемых согласно классификации характеристик терапевта (Beutler, Machado, Neufeld, 1994); первая группа факторов относится к возрасту, полу, этнической принадлежности психотерапевта – при этом предполагается, что если пациент имеет сходство по названным признакам, то это оказывает не главное, но всё-таки полезное влияние на терапию; вторая группа факторов включает переменные опыта – здесь имеются в виду профессиональная подготовка, стиль терапии, переносимость фрустрации и некоторые другие, менее значимые факторы (в числе таких факторов другие авторы называют: знание и владение эклектическими методами терапии; способность к импровизации; наличие и виртуозное владение собственным стилем терапии; вера в собственную способность помочь пациенту); третья группа факторов концентрируется вокруг личности терапевта и включает такие характеристики, как паттерн личности и копинга, эмоциональное благополучие, ценности, позиции, верования, культурные установки (конкретизация и дополнение вышеприведённых характеристик по другим источникам показывает, что в данную группу можно включить хорошее душевное здоровье и умение решать собственные проблемы; личную зрелость и опыт; способность располагать к доверию; умение убеждать или быть убедительным; способность понять и принять культурный контекст другого; интерес к человеку; способность получать удовольствие от собственной практики; юмор, гибкость, оптимизм; спокойное восприятие конечности жизни); четвертая группа факторов характеризует метапозицию терапевта по отношению к процессу терапии и включает следующие понятия: терапевтические отношения, ожидания, признаки социального влияния, философия терапии (другие авторы включают в эту же рубрику более конкретные характеристики отношения терапевта к клиенту, такие как: знание ресурсного потенциала клиента; вера в то, что изменения возможны, и что они могут улучшить жизнь клиента; понимание важности установления связи с «внутренним ребёнком» клиента; подлинный интерес к клиенту;

«отстранённая» или «дистанционная» сердечность по отношению к клиенту; эмпатия, сопереживание, понимание, абсолютное, безоценочное принятие клиента; терпение), при этом первая и вторая группы факторов представляют ось объективных признаков, а третья и четвёртая – ось субъективных признаков; таким же образом первая и третья группы факторов представляют ось независимых от терапии признаков, а вторая и четвёртая – связанных с терапией, признаков); 6) *переменные пациента общие для разных методов* (по данному блоку рассматриваются три группы факторов – менее стабильные, более стабильные и динамические; при этом первая группа включает такие факторы, как диагноз, тяжесть расстройства и коморбидность, имеющие определённое прогностическое значение в отношении результатов терапии; вторая группа объединяет такие факторы, как терапевтическое ожидание (куда входит и приписывание терапевту позитивных качеств, например – правдивости, компетентности и др.), степень выраженности защитных реакций (некоторые исследователи включают именно в эту рубрикацию активную заинтересованность пациента в лечении, согласие пациента на лечение, самоэксплоацию), привязанность пациента к терапевту; к третьей группе относятся такие характеристики, как «перенос» и «сопротивление», являющиеся важными динамическими переменными пациента). Возможна и другая классификация и концептуализация переменных пациента как прямых предикторов эффективности терапии: переменных – посредников и переменных – модераторов (Clarkin, Levi, 2004); 7) *общие для разных методов признаки диады психотерапевт – пациент* (в данном блоке обозначаются два основных фактора: взаимная межличностная привлекательность; соответствие, соразмерность характеристик терапевта и пациента в значении сходства или дополнения личностных признаков); 8) *общие для разных методов переменные институционального, социального и социокультурного контекста – где поименованные контексты, собственно, и выступают в роли соответствующих общетерапевтических факторов.*

Следующая, достаточно известная систематика общетерапевтических факторов была предложена Ламбертом и Бегином в 1994 году. Приведённая этими авторами классификация включает три обособленные группы факторов и выглядит следующим образом.

Группа поддерживающих факторов: катарсис; идентификация с психотерапевтом; уменьшение изолированности; позитивные отношения; снятие напряжения; терапевтический альянс; активное участие во взаимодействии, компетентность психотерапевта; теплота, уважение, принятие, эмпатия, конгруэнтность терапевта; доверие.

Группа факторов, ориентированных на эффективное обучение: информация; аффективные пере-

живания; асимиляция проблематичного опыта; изменение ожиданий в области собственной эффективности; когнитивное обучение; корректирующий эмоциональный опыт; исследование внутренних фреймов; обратная связь; инсайт; принципы.

Группа факторов, ориентированных на действие: поведенческая регуляция; когнитивное со-владание; совладание со страхом; принятие риска; подражание; упражнение; опыт переживания успеха; проработка.

Схема общетерапевтических факторов, предложенная С. Паттерсон, Э. Уоткинс (2003), содержит следующие компоненты.

Условия со стороны психотерапии: эмпатическое понимание, слушание, со-общение; уважение, теплота, забота, сопереживание, конгруэнтность, честность; конкретность, специфичность.

Условия со стороны клиента: добровольность, мотивация, восприимчивость; принятие клиентом условий психотерапии.

Характеристика условий процесса обучения или процесса изменений:

– условия построения психотерапевтического пространства создают не угрожающую среду, в которой клиент чувствует себя безопасно и готов к самораскрытию и самоанализу. Угроза мешает обучению. Тёплая атмосфера принятия, созданная психотерапевтом, способствует десенсибилизации клиента, избавлению его от страхов, связанных с человеческим общением, снятию запретов на самораскрытие;

– процесс обучения, изменения, как правило, развивается по спирали со спадами и даже с отступлениями. Клиент демонстрирует конфликт приближения – избегания, прогрессируя до точки, когда внутренняя угроза или тревога становятся слишком сильными, а затем, отступая или «отдыхая», пока тревога не уменьшится;

– условия создают среду для обучения самораскрытию. Это наиболее эффективный метод получения знаний о себе;

– условия служат наиболее действенным средством подкрепления желаемого поведения клиента, включая самоисследование (как, например, любовь служит самым мощным подкреплением желаемого человеческого поведения);

– условия также действуют через моделирование. Клиент становится всё более похожим на психотерапевта в процессе терапии. Следовательно, чтобы служить моделью психотерапевт должен представлять условия более высокого уровня, а также находиться на более высокой ступени самоактуализации, чем клиент;

– условия высокого уровня включают ожидание психотерапевта от клиента изменений. Ожидания оказывают сильный эффект на поведение других людей;

– создаваемые психотерапевтом условия высвобождают стремление клиента к самоактуализации.

Характеристика целей психотерапевтического процесса:

– ближайшие, обозначаемые как «процесс клиента» (самоисследование, самораскрытие, открытость, подлинность, готовность к исповеди, внутриличностное исследование, самоосознавание, само-принятие, самопонимание);

– промежуточные, обозначаемые как подкрепление индивидуальности (ослабление симптоматики – тревоги, боли, фобий и т.п.; формирование учебных навыков; развитие способностей; достижение профессиональных успехов и удовлетворенности работой; установление поддерживающих, доверительных отношений в семье);

– конечные, обозначаемые как формирование самоактуализирующейся личности (принятие себя, принятие других, эмпатия, искренность, автономия, ответственность, демократизм, открытость опыта, самоуважение).

Что касается несистематизированных групп общетерапевтических факторов, приводимых многими исследователями, то основные из них следующие.

Джером Франк в серии своих специальных публикаций (1959, 1961, 1971, 1973, 1974, 1976, 1982, 1991) описывает группу общетерапевтических факторов, концентрирующихся вокруг его концепции терапии как «средства прямого или косвенного противодействия деморализации»:

– эмоционально заряженные, доверительные отношения с человеком, оказывающим помочь (включают статус и репутацию психотерапевта, а также проявление заботы, компетентности, отсутствие скрытых мотивов);

– целительная обстановка, усиливающая ожидание помощи у клиента и обеспечивающая безопасность;

– разумная концептуальная схема или миф, дающая приемлемое объяснение имеющихся у пациента симптомов и предписывающая ритуал или процедуру для их устранения;

– ритуал, требующий активного участия, как пациента, так и психотерапевта, и который, по их мнению, является средством восстановления здоровья пациента.

Известный исследователь в области теории психотерапии Джадд Мармор (1978) называл следующие факторы, общие для основных направлений, моделей и методов профессиональной психотерапии:

– хорошие отношения и сотрудничество между терапевтом и пациентом – это исходная предпосылка, на которой строится психотерапия;

– ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;

– познавательное обучение за счёт информации, получаемой от психотерапевта;

- оперативная модификация поведения пациента за счёт одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с терапевтом;
- приобретение специальных навыков на модели психотерапевта;
- убеждение и внушение, явное или скрытое;
- усвоения или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

По мнению J. Weinberger (1995) к общетерапевтическим факторам с полным основанием можно отнести следующие:

- терапевтические отношения (рабочий союз, перенос);
- ожидание успеха;
- конфронтация с проблемой;
- когнитивный контроль над проблемой;
- атрибуция успеха или неуспеха пациентом как существенный элемент для комплаенса, отказа от лечения и его успешности, в конечном счёте.

Далее следует обозначить две группы общетерапевтических факторов, которые, по мнению многих авторитетных исследователей, в большей степени имеют отношение к процессу терапии.

Так, Д. Прохазка, К. ДиКлементе, Д. Норкросс (1992) были идентифицированы следующие факторы:

- самоэксплоатация / самоанализ;
- изменение самооценки;
- самоосвобождение;
- контробуславливание;
- контроль стимула;
- управление подкреплением;
- помогающие взаимоотношения;
- облегчение с помощью драматургии;
- новая оценка окружающих;
- социальное освобождение.

Известная модель основных механизмов изменений в процессе психотерапии К. Гравэ (1997) включает следующие факторы:

- компетенция в совладании;
- прояснение и коррекция значений;
- актуализация проблемы;
- мобилизация ресурсов.

Наконец, стоит обратить внимание ещё на одну группу общетерапевтических факторов, идентифицированных В. Франклом (1963, 1978) и обозначаемых как «трансценденция» и «самотрансценденция»; а также фактора, инициированного А. Баттман, Дж. Холмс, П. Фонаги (1991) и обозначаемого как «ментализация». В этих случаях речь идёт о развитии способностей клиента к терапевтической рефлексии в отстранённой дистанцированной метапозиции по отношению к «предмету» травмирующих переживаний.

Вышеприведённые схемы и перечни общетерапевтических факторов представляют основной обсуждаемый компендиум этих важнейших конструк-

тов профессиональной психотерапии, сформированный во второй половине прошлого столетия. Попытки обнаружить нечто новое на этом поле без существенной проработки предметной сферы профессиональной психотерапии, как показывают проведённые нами исследования, заканчиваются формированием малообоснованных неологизмов (функциональное уточнение этих терминов показывает, что речь почти всегда идёт о хорошо знакомых общетерапевтических истинах). Либо – об их оригинальной комбинации, выстраиваемой в соответствии с опытом и теоретическими взглядами авторов.

На рисунке 1 представлена общая схема (сводная ментальная карта) процесса идентификации общетерапевтических факторов на допарадигмальном этапе развития психотерапии, характеризующимся отсутствием или слабой проработкой предметной сферы профессиональной психотерапии.

Как видно из представленной на рисунке 1 сводной схемы, процесс идентификации общетерапевтических факторов (A, A_1, A_2 и т.д.) почти всегда берёт начало на шестом уровне дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии – реализуемой практики. Далее этот первичный опыт опосредуется и трансформируется в соответствующий функциональный конструкт на третьем уровне собственно дисциплинарных теорий и концепций (B, B_1, B_2 и т.д.), который представлен изобилием произвольных теоретических построений – направлений, модальностей, методов профессиональной психотерапии. В отсутствии адекватного системообразующего стержня, концептуальные основы которого должны быть представлены в том числе и на двух верхних уровнях дисциплинарной матрицы, возможности для адекватной интерпретации найденных общетерапевтических факторов, сведения их в функциональные блоки и достижения конструктивного консенсуса в отношении общей функциональной платформы профессиональной психотерапии здесь резко снижаются. Что, собственно, и объясняет парадоксальный факт того, что панорама общетерапевтических факторов, призванных объединять поле профессиональной психотерапии, во многом напоминает компендиум произвольно сконструированных и разобщённых психотерапевтических модальностей и методов, т.е. «непроходимых психотерапевтических джунглей». Следующий вектор идентификации общетерапевтических факторов (C, C_1, C_2 и т.д.) связан с оценкой эффективности его воздействия. Такая оценка, как правило, проводится достаточно редко и в системе критериев, принятых в определённом модальном секторе. Что, безусловно, снижает вероятность осмысленной имплементации идентифицируемых факторов в структуру имеющихся модальностей и методов профессиональной психотерапии. Далее, опосредованный и апробированный, таким образом, конструкт – общетерапевтический фактор – выводится на уровень актуаль-

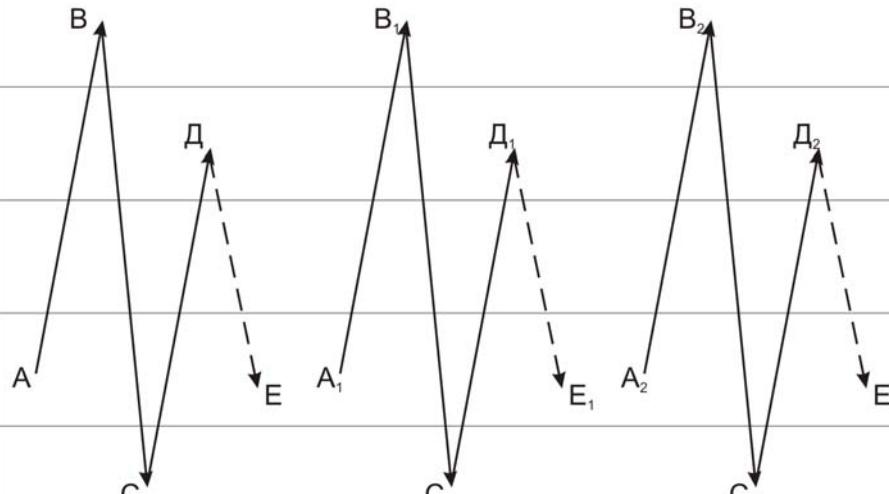
Уровень фундаментальных допущений	Ограничения
Уровень базисных теорий и концепций	Ограничения
Уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций	
Уровень актуального профессионального поля	
Уровень профессиональных стандартов	
Уровень реализуемой практики	
Уровень непосредственной оценки результата	

Рисунок 1. Общая схема (сводная ментальная карта) процесса идентификации общетерапевтических факторов на допарадигмальном этапе развития психотерапии

ного профессионального поля (4-й уровень дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии), где он должен стать универсальным достоянием специалистов – психотерапевтов. Однако этого зачастую не происходит, поскольку момент перевода на уровень реализуемой практики (вектор Д-Е, Д₁-Е₁, Д₂-Е₂ и т.д.), предполагающий разработку соответствующих метатехнологий и метанавыков по реализации данных технологий, представлен здесь фрагментарно и недостаточно. В целом же следует отметить, что вышеупомянутая структура общетерапевтических факторов, хотя и является шагом в правильном направлении, но, в силу имеющихся «родимых пятен», не в состоянии обеспечить доминирование центростремительных тенденций в профессии.

В условиях проработанной предметной сферы профессиональной психотерапии анализируемая панорама общетерапевтических факторов меняется самым радикальным образом.

Эти изменения связаны, во-первых, с возможностью выведения системообразующего дисциплинарного стержня профессиональной психотерапии (данного основополагающий конструкт, как было показано в предыдущих разделах, представлен: идентифицированными эволюционными контекстами, обосновывающими востребованность главного психотерапевтического эффекта – возможности достижения максимальных конструктивных изменений в ограниченные временные периоды; концептом

«объёмной реальности», аргументирующим динамику сверхбыстрых адаптивных изменений субъекта за счёт особого взаимодействия дифференцируемых субстатусов объёмной реальности; универсальной моделью адаптивно-кreatивного цикла, демонстрирующей общий алгоритм конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресурсного потенциала профессиональной психотерапии; моделью двухуровневой терапевтической коммуникации, в полной мере раскрывающей потенциал психотерапии; системой макро- и метамишеней, макро- и метатехнологий, конкретизирующими механизмы двухуровневой терапевтической коммуникации и являющейся необходимой базой для понимания функционального смысла общетерапевтических факторов). Во-вторых – с возможностью адекватной интерпретации множества идентифицированных, или представляемых в качестве таких, общетерапевтических факторов; возможностью формирования однородных функциональных блоков, ориентированных на реализацию наиболее востребованного психотерапевтического эффекта; формирования на этой основе метатехнологических циклов (идентификации универсальных мишеней, разработки собственно технологий и навыков, необходимых для базисной подготовки специалистов – психотерапевтов); и, соответственно, возможностью выстраивания общей функциональной – макротехнологической и метатехнологической – платформы профессиональной психотерапии, акку-

мулирующей адаптивный потенциал известных на сегодняшний день общетерапевтических факторов.

Однако ещё более важным аспектом этих конструктивных изменений общего профессионального поля является возможность сущностного объединения двух из четырёх общепризнаваемых направлений интеграции профессиональной психотерапии – теоретической интеграции и поиска общих факторов терапии. Таким образом, осуществляется реализация одного из самых главных шагов в формировании основополагающей и всеобъемлющей (в понимании К. Гравэ, 1997, М. Пере, У. Бауманна, 2012) теории психотерапии.

Данную новую ситуацию в поле общетерапевтических факторов иллюстрирует рисунок 2 с представленной общей схемой (сводной ментальной картой) процесса формирования ассоциации функциональных блоков общетерапевтических факторов в условиях проработанной предметной сферы профессиональной психотерапии.

Как видно из схемы, представленной на рисунке 2, проработанная на всех 7 уровнях (в схеме они обозначены римскими цифрами от I до VII) дисциплинарной матрицы предметная сфера профессиональной психотерапии позволяет провести адекватную интерпретацию и формирование функциональных блоков ($B(0)$, $B^1(0)$, $B^2(0)$ и т.д.) из множества идентифицированных общетерапевтических факторов

(A_1 - A_8 и т.д.). После чего возможна оценка вклада каждого из дифференцируемых функциональных блоков общетерапевтических факторов в достижение универсального и наиболее востребованного терапевтического эффекта. Такая оценка проводится в системе наиболее адекватных для используемых метатехнологий параметров. Далее, блоки ассоциированных и апробированных таким образом общетерапевтических факторов перемещаются на уровень актуального профессионального поля уже в виде оформленных метатехнологических циклов (универсальных мишеней, собственно метатехнологий и метанавыков) – $D(0)$, $D^1(0)$, $D^2(0)$ и т.д. Последние, в свою очередь, имплементируются в систему профессиональных стандартов, включая базовую подготовку специалистов – психотерапевтов, и без всяких затруднений транслируются на уровень реальной психотерапевтической практики.

Тем самым обеспечивается адекватная «сборка» общей теории психотерапии, представленной системообразующим стержнем предметной сферы психотерапии (на рисунке 2 это направление обозначено красным вектором), и систематизированного множества общетерапевтических факторов (на рисунке 2 данное направление обозначено синим вектором). Проведённое нами исследование позволяет дифференцировать следующие функциональные блоки и группы общетерапевтических факторов.

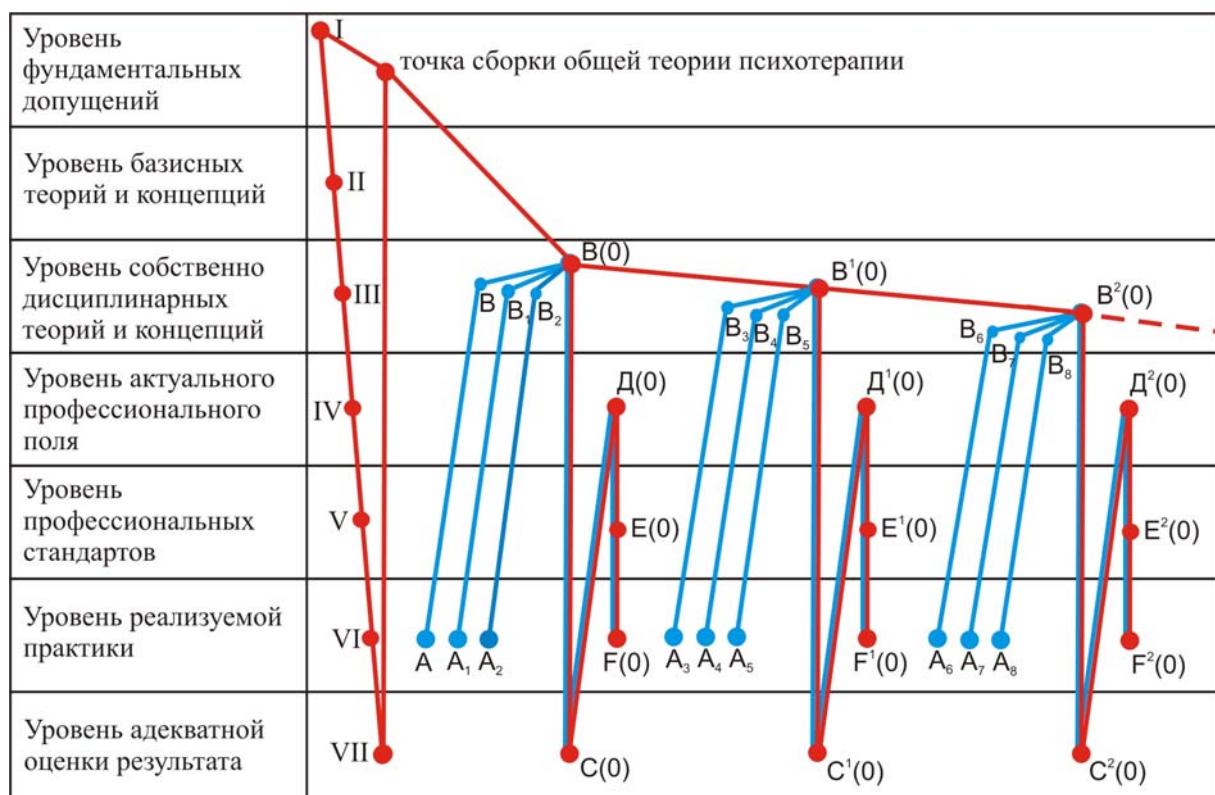


Рисунок 2. Общая схема (сводная ментальная карта) процесса формирования, ассоциации функциональных блоков общетерапевтических факторов в условиях проработанной предметной сферы профессиональной психотерапии

Блок 1. Ключевые факторы, обеспечивающие актуализацию синергетической адаптационной стратегии внесознательных инстанций клиента и манифестиацию глубинного уровня психотерапевтической коммуникации

Основные группы:

- 1) факторы, характеризующие ресурсный статус психотерапевта;
- 2) факторы, характеризующие профессиональный статус психотерапевта;
- 3) факторы, характеризующие отношение терапевта к клиенту;
- 4) культурно-социальные факторы, формирующие исходную метапозицию клиента по отношению к психотерапии;
- 5) стартовые характеристики статуса клиента;
- 6) факторы, характеризующие становление терапевтических отношений на начальном этапе психотерапевтического процесса.

Блок 2. Ключевые факторы, обеспечивающие доминирование синергетической адаптационной стратегии внесознательных инстанций клиента и гиперпротекцию структурированных технических действий

Основные группы:

- 7) факторы, характеризующие гиперпластический ресурсный статус клиента;
- 8) факторы, характеризующие систему отношений терапевт – клиент, поддерживающих гиперпланический статус клиента.

Блок 3. Ключевые факторы, относимые к макротехнологическим мишеням и задачам

Блок 4. Ключевые факторы, относимые к метатехнологическим задачам и механизмам

Основные группы:

- 9) факторы, характеризующие основные метатехнологические задачи;
- 10) факторы, характеризующие основные метатехнологические механизмы.

Блок 5. Ключевые факторы, относимые к структурно-технологическим задачам и механизмам

Основные группы:

- 11) факторы, характеризующие основные цели структурно-технологического уровня психотерапевтической коммуникации;
 - 12) факторы, характеризующие основные технические подходы, используемые на структурно-технологическом уровне психотерапевтической коммуникации.
- Содержательное наполнение вышеприведённых блоков и групп включает практически полный перечень (за понятным исключением дублирования и прямых аналогий) обозначенных во всех вышеприведённых классификациях общетерапевтических факторов, и выглядит следующим образом.

По первому блоку

Группа (1) содержит следующие факторы, характеризующие ресурсный статус терапевта:

- личная зрелость и опыт;
- хорошее душевное здоровье;
- высокий уровень развития самоактуализирующих свойств личности, являющихся моделью для клиента;
- наличие проработанных позиций в отношении ценностей, верований, культурных установок;
- наличие проработанных и открытых к изменениям паттернов личности и копинга;
- умение решать собственные проблемы;
- эмоциональное благополучие;
- юмор, гибкость, оптимизм;
- честность, искренность, конгруэнтность;
- спокойное восприятие конечности жизни;
- способность понять и принять культурный контекст другого;
- интерес к человеку;
- способность располагать к доверию;
- умение убеждать и быть убедительным;
- способность получать удовольствие от собственной практики.

Комментарий: в приведённом перечне первые десять характеристик можно отнести к личности терапевта и обозначить как параметры высокого уровня психологического здоровья, обеспечивающего устойчивость к агрессивному влиянию среды, самоорганизующую активность, высокое качество жизни и уровни социального функционирования. Все эти характеристики являются, безусловно, привлекательными для клиента и обеспечивают первичную интенцию процесса идентификации клиента с ресурсным статусом терапевта и ассилиацию его синергетической метапозиции. Следующие четыре характеристики подкрепляют синергетическую метапозицию терапевта, открытую и мобилизованную на конструктивные изменения, и служат дополнительным стимулом для запуска механизма идентификации. Последнее свойство профилактирует эмоциональное выгорание специалиста психотерапевта и является важной составляющей его ресурсного статуса. В совокупности все вышеперечисленные характеристики ресурсного статуса терапевта, всегда «присутствующие» в процессе психотерапии, как раз и представляют одну из главных, используемых в модели двухуровневой коммуникации, метатехнологий – Я-технику. Соответствующий метанавык формируется в ходе достаточно длительной, многоступенчатой подготовки профессионального психотерапевта, предусматривающей практику самодиагностики и самопознания, специализированных развивающих

тренингов; личной терапии, терапевтическую практику с супервизией, и усвоение необходимого теоретического материала.

Группа (2) содержит следующие факторы, характеризующие профессиональный статус психотерапевта:

- полноценная профессиональная подготовка;
- безусловная профессиональная компетентность;
- знание и владение эклектическими методами психотерапии;
- наличие и виртуозное владение собственным стилем психотерапии;
- способность к импровизации;
- специфичность, конкретность;
- проработанная философия, целостный подход к психотерапии;
- переносимость фрустрации, терпение;
- терапевтическая подлинность, искренность, отсутствие скрытых мотивов;
- вера в собственную возможность помочь клиенту;
- позитивные ожидания от процесса терапии;
- способность получать удовлетворение от собственной практики.

Комментарий: в приведённом перечне общетерапевтических факторов первые семь следует отнести к результирующим характеристикам профессиональной подготовки и практического опыта специалиста – психотерапевта, благодаря которым он нацелен на решение актуальных для клиента проблемных ситуаций, но при этом использует широкий репертуар имеющихся технологических возможностей. Следующие пять факторов представляют «надстраиваемые» профессиональные качества, которые, обычно, сопутствуют успешному профессиональному опыту и являются особенно привлекательными для клиентов. Таким образом, перед клиентом предстаёт профессионал, который «знает, что делает» и квалифицируется внезознательными инстанциями клиента как «власть имеющий», т.е. объект, достойный для подражания и обучения у него тому, что необходимо (при этом «власть» понимается как инструмент развития, а не доминирования). И специалист, проработавший проблему власти в ходе профессиональной подготовки, отслеживая терапевтически значимые аспекты данного процесса, профилактирует формирование зависимости у клиента). Отсюда, как следствие, переключение базисных адаптационных стратегий с защитно-конфронтационной на синергетическую с развитием феномена множественной гиперпластики. Последнее свойство в приведённом перечне повторяет аналогичную характеристику ресурсного статуса терапевта, однако в данном случае делается акцент на возможности обучения и самосовершенствования на основании собственного профессионального опыта.

Группа (3) содержит следующие факторы, характеризующие отношение терапевта к клиенту на начальных этапах психотерапевтического процесса:

- знание ресурсного потенциала клиента;
- вера в то, что изменения возможны, и они могут улучшить жизнь клиента;
- ожидание психотерапевтом от клиента конструктивных изменений;
- понимание важности установления связи с «внутренним ребёнком» клиента;
- подлинный интерес к клиенту;
- эмпатия, сопереживание;
- эмпатическое понимание;
- абсолютное безоценочное принятие клиента;
- теплота;
- забота;
- уважение;
- отстранённая или «дистанционная» сердечность по отношению к клиенту;
- слушание (как характеристика интереса, внимания и уважения к клиенту);
- терпение (как пример переносимости фрустрации).

Комментарий: наша интерпретация вышеприведённой группы факторов заключается в том, что данная совокупность представляет именно те профессиональные и личностные характеристики специалиста, которые «обращены» к пациенту и играют существенную роль в установлении терапевтических отношений на начальных этапах проведения терапевтической сессии и в ходе всего процесса терапии. Далее, эти привлекательные для клиента характеристики наилучшим образом демонстрируют готовность психотерапевта к выполнению важнейшей миссии расширения ресурсных возможностей клиента во время его «путешествия» по кризисным волнам адаптивно-кreatивного цикла, а также – выполнению роли некоего «маяка», указывающего в каком ресурсном статусе должен оказаться клиент по завершении терапевтического процесса (отсюда такие термины, как «дистанционная», «отстранённая» сердечность – т.е. поддержка, оказываемая с «другого – ресурсного – берега», куда клиенту ещё предстоит перебраться). Тестирование этих свойств внезознательными инстанциями клиента однозначно способствуют ускоренному переключению от защитно-конфронтационной к синергетической стратегии адаптации и формированию множественной гиперпластики. При этом весьма вероятна спонтанная актуализация личностного субстатуса «Я-ребёнок» клиента, обеспечивающая возможность ускоренного усвоения информации и эффективного обучения (отсюда значимость такого фактора, как установление связи с «внутренним ребенком» клиента). Таким образом, анализируемые характеристики представляют те аспекты базисной метатехнологии Я-техника, которые обращены непосредственно к клиенту. Формирование соответствующих ме-

танавыков в ходе подготовки специалистов – психотерапевтов происходит таким же образом, как это было указано в комментариях по группе (1).

Группа (4) содержит следующий перечень культурных и социальных факторов, характеризующих исходную метапозицию клиента по отношению к психотерапии:

- возраст, пол, этническая принадлежность – в смысле сходства терапевта с клиентом по названным позициям;
- приписывание психотерапевту определённых позитивных качеств (например, профессиональной компетенции, наличия особых умений и пр.);
- социальные контексты, имеющие отношение к осведомленности населения о психотерапии и развитию системы психотерапевтической помощи в конкретном регионе;
- этнокультуральные контексты, формирующие отношение к психотерапии у определённых этнических групп (например, в некоторых религиозных кланах существует отрицательное отношение к психотерапии).

Комментарии: наша интерпретация вышеприведённых факторов заключается в том, что они формируют исходный уровень доверия к терапевту и процессу терапии; оказывают влияние на соответствующие ожидания клиента. Но, кроме того, социальные и культурные факторы формируют общие рамки сценария терапевтических изменений, которые необходимо учитывать. В метатехнологическом смысле вышеприведённая совокупность факторов реализуется в таком метанавыке, как умение терапевта понять и принять социальный и культурный контекст другого, выстраивать психотерапевтический процесс в соответствии с мифом клиента. Такого рода метанавыки формируются в основном так же, как это было указано в комментариях по группе (1).

Группа (5) содержит следующие стартовые характеристики статуса клиента, способствующие актуализации синергетической адаптационной стратегии внесознательных инстанций и формированию множественной гиперпластики:

- диагноз;
- тяжесть расстройства;
- коморбидность;
- степень выраженности защитных реакций (например, сопротивления);
- восприимчивость;
- принятие клиентом условий терапии;
- терапевтические ожидания, ожидание успеха;
- активная заинтересованность клиента в проведении терапии, высокий уровень мотивации;
- ослабление или снятие напряжения на начальной стадии терапии, основанное, в том числе, на способности клиента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;

- уменьшение чувства изолированности у клиента на начальных стадиях терапевтического процесса;
- появление чувства безопасности;
- появление чувства доверия к психотерапевту;
- избавление от страха и тревоги, связанных с человеческим общением;
- появление активности во взаимодействии;
- готовность к исповеди;
- готовность к самораскрытию;
- готовность к самоанализу;
- повышение сенсибилизации к эмоциональным и угрожающим самооценке проблемам;
- самоэксплоатация;
- подражание психотерапевту;
- конфронтация с проблемой;
- становление когнитивного контроля над проблемой;
- совладание со страхом;
- ослабление симптоматики тревоги, боли, фобий.

Комментарии: в приведённом перечне подгруппа из первых пяти факторов характеризует условия, как правило, затрудняющие продвижение клиента к формированию первичного ресурсного состояния при их тяжести и выраженности (первые четыре фактора) или, наоборот, невыраженности (пятый фактор восприимчивости). В то время как следующая подгруппа из факторов 6-8 обозначает стартовые характеристики клиента, способствующие ускоренному развитию множественной гиперпластики. Интерпретация следующих факторов (9-24) заключается в том, что они представляют динамику перехода клиента от защитно-конфронтационной к синергетической адаптационной стратегии, сопровождающегося драматическим переформирование эмоционального состояния клиента и его метапозиции по отношению к терапевтическому процессу (факторы 9-13); появлением отчётливых признаков элиминации защитных реакций и готовности к сотрудничеству, терапевтическим изменениям (факторы 14-19); появлением ясных свидетельств завершения процесса идентификации клиента с ресурсным статусом терапевта и формирования у него множественной гиперпластики, облегчающей диссоциацию с проблемной ситуацией и установление когнитивного контроля в смысле прояснения и коррекции значений по К. Гравэ. А также – способствующей ослаблению или полной редукции симптоматики, связанной с проявлениями синдрома деморализации по Д. Франку (факторы 20-24). Вышеприведённая совокупность общетерапевтических факторов имеет непосредственное отношение к конструктивистским и диагностическим метатехнологиям, используемым в модели двухуровневой коммуникации. Соответствующие метанавыки формируются по схеме, обозначенной в комментариях относительно группы (1).

Группа (6) содержит следующие факторы, характеризующие становление терапевтических отношений на начальном этапе терапевтического процесса:

- соответствие, соразмерность характеристик терапевта и пациента в значении сходства или дополнения личностных характеристик, характеристик исходного статуса;
- взаимная межличностная привлекательность терапевта и клиента;
- создание не угрожающей, безопасной среды;
- создание тёплой атмосферы принятия;
- появление доверия;
- активное совместное общение (со-общение);
- установление терапевтических отношений сотрудничества между клиентом и психотерапевтом как исходная предпосылка, на которой выстраивается терапия, со следующими важными характеристиками: 1) доверительные; 2) позитивные; 3) эмоционально заряженные; 4) помогающие; 5) с функциями особого коммуникативного средства; 6) с возможностью использования в последующем социального подкрепления, моделирования и других когнитивных средств.

Комментарии: в приведённом перечне общетерапевтических факторов первые четыре обозначают условия, способствующие ускоренному формированию терапевтических отношений, которые не сводимы к отдельно взятым характеристикам клиента или терапевта, но могут рассматриваться только лишь в контексте их взаимодействия. С нашей точки зрения, помимо уже упомянутых ранее этнокультуральных и половозрастных факторов, особое значение здесь имеет взаимодополняющая комбинация ресурсного статуса терапевта и полярно противоположного статуса клиента с теми или иными признаками синдрома деморализации. Что собственно и обуславливает первичную интенцию к идентификации клиента с терапевтом. Два следующих фактора характеризуют предварительный этап входления в терапевтические отношения. Последний фактор раскрывает содержание терапевтических отношений, а также сигнализирует о важности их установления, рассматривая эти отношения как исходный базис выстраивания эффективного терапевтического процесса. То есть речь, опять же, идёт о последовательных стадиях формирования одного из главных условий, обеспечивающих актуализацию глубинного уровня психотерапевтической коммуникации и, соответственно, гиперпротекцию структурированных технических действий. Поименованные факторы имеют непосредственное отношение к диагностическим и конструктивистским метатехнологиям (таким, например, как постоянное подкрепление терапевтом безопасности клиента; Я-техника и др.) и метанавыкам, формируемым в условиях, обозначенных в комментариях по группе (1).

По второму блоку

Группа (7) содержит следующие факторы, характеризующие сформированный гиперпластичный первичный ресурсный статус клиента:

- здесь, пусть и в меньшей степени, но сохраняют своё значение такие факторы, как: 1) диагноз; 2) тяжесть расстройства; 3) коморбидность;
- подкрепление имеющихся или формирование обновлённых терапевтических ожиданий;
- усиление надежды;
- усиление активной заинтересованности, повышение мотивации клиента на продолжение терапии;
- рост доверия к терапевту и процессу терапии;
- активное участие во взаимодействии;
- полноценная самоэксплоатация;
- активное самоисследование, самоанализ;
- самоосознавание, самопонимание;
- самопринятие;
- самоосвобождение;
- чувство подлинности;
- искренность в отношениях с собой и окружающими;
- переживание инсайта;
- переживание катарсиса;
- открытость опыту;
- принятие рисков;
- принятие ответственности;
- развитие способности конфронтации с проблемой или проблемной ситуацией (в смысле возможности достижения терапевтической трансценденции – выхода за рамки проблемы);
- развитие способности конфронтации с собой (в смысле возможности достижения терапевтической самотрансценденции – выхода за пределы «проблемного Я»);
- позитивная динамика совладания;
- исчезновение страха при разговоре на табуированные темы;
- установление эффективного когнитивного контроля над проблемой;
- существенное повышение скорости и качества усвоения информации;
- новая оценка своего окружения, принятие других;
- эмпатия в отношениях с другими;
- опыт переживания успеха;
- самоуважение;
- усиление взаимосвязи с психотерапевтом (что не мешает росту автономии клиента, даже и при том, что клиент становится всё более похожим на терапевта).

Комментарии: наша интерпретация вышеприведённой совокупности факторов заключается в том, что в сравнении с группой (5) здесь, во-первых, имеет место позитивная динамика в конкурирующих подгруппах, выражаясь, в частности, в том, что

значимость условий, затрудняющих формирование гиперпластического статуса клиента, снижается, а интенсивность факторов, способствующих развитию множественной гиперпластики, увеличивается (факторы 1-5). Следующая обширная подгруппа факторов (6-20), наряду с дальнейшим ростом самоорганизующей активности, характеризует способность диссоциации проблемных сфер и фрагментов психической активности, и субстатуса «Я-ресурсный» клиента (что, собственно, и является одной из важнейших терапевтических функций состояния множественной гиперпластики); а также – их терапевтической трансформации и последующей ассоциации с целостным ресурсным «Я» клиента. И далее, восемь следующих факторов (21-28) характеризуют существенно возросший уровень «компетентности в совладании» по К. Гравэ и признаки формирования устойчивого ресурсного состояния у клиента. Последний фактор свидетельствует об экологически выверенном завершении процесса идентификации клиента с ресурсным статусом терапевта и ассилияции открытой, мобилизованной на изменения метапозиции. Таким образом, по всем вышеупомянутым характеристикам можно судить об успешной реализации механизмов обеспечения главного и наиболее востребованного психотерапевтического эффекта, обозначенных в схеме 2. Соответственно, рассматриваемая совокупность факторов в первую очередь имеет отношение к диагностическим, но также и к конструктивистским метатехнологиям и метанавыкам.

Группа (8) содержит следующие факторы, характеризующие систему отношений терапевт – клиент и поддерживающие гиперпластический статус клиента:

– здесь имеют значение, в основном, все факторы, поименованные в группе (6) с тенденцией к углублению терапевтических отношений и интенсификации сотрудничества (альянса) между терапевтом и клиентом.

Соответственно, данная группа факторов имеет непосредственное отношение к полному набору используемых метатехнологий и метанавыкам, формируемым в ходе многоуровневой подготовки специалистов – психотерапевтов.

Третий блок содержит следующие ключевые факторы, относимые к макротехнологическим мишеням и задачам.

Факторы, относимые к структуре психотерапии:

– схема организационной структуры психотерапии Орлински-Ховарда, в модификации М. Пере, У. Бауманна (2012), общая для различных школ (обращена к процессу обеспечения и организации ресурсной психотерапевтической поддержки прохождения кризисной «волны» адаптивно-креативного цикла);

– классификация направлений, моделей, методов и форм психотерапии общая для различных

модальностей и школ (данный фактор обращён к общему полю профессиональной психотерапии с задачами формирования единой системы координат у психотерапевтов, действующих в этом общем профессиональном пространстве. В той или иной степени данный фактор оказывает влияние на ресурсные кондиции специалистов и, следовательно, «участвует» в организации наиболее востребованного психотерапевтического эффекта).

Факторы, относимые к структурным характеристикам психотерапевтического процесса:

– фазы изменений у пациента до, во время и после терапии по схеме Д. Прохазки, К. ДиКлементе, Дж. Норкросса, 1992 (данный фактор обращён к мотивационно-ориентированной ресурсной поддержке субъекта в ходе прохождения практических всех этапов и фаз адаптивно-креативного цикла);

– фазы временной организации процесса психотерапии по схеме Kanfer, Grimm, 1980 (данный фактор обращён к универсальной структуре адаптивно-креативного цикла – основной макротехнологической мишени);

– общие макрорезультаты психотерапии – глобальные и долгосрочные, а также после одного сеанса по схеме Орлински-Ховарда, 1986 (данный фактор имеет отношение к 3-му этапу адаптивно-креативного цикла – актуализации обновленного энтропийного полюса объёмной реальности);

– механизмы терапевтических изменений по схеме Клауса Гравэ (1997) (данный фактор, по сути, повторяет макроструктуру адаптивно-креативного цикла);

– модель транстеоретических изменений Д. Прохазки, Дж. Норкросса (2001) (этот фактор обращен к этапам и фазам адаптивно-креативного цикла);

– фактор общей деморализации и стратегии преодоления деморализации Д. Франка (1986) (данный фактор обращен к первым этапам и фазам адаптивно-креативного цикла.)

Комментарии: приведённые в данном перечне системные общетерапевтические факторы по сути представляют ещё один «нулевой» (т.е. невидимый, не выступающий над поверхностью), или матричный, макротехнологический уровень психотерапевтической коммуникации. Позитивно резонируя и создавая базисные условия для эффективной ресурсной поддержки субъекта в ходе прохождения им кризисных волн адаптивно-креативного цикла, обозначенные системные факторы вносят свою немалую лепту в генерацию главного и наиболее востребованного эффекта профессиональной психотерапии. Вышеупомянутые факторы являются компонентами основных макротехнологий, используемых в психотерапии – лонгитюдных, кросс-секционных, когерентных. Соответствующие макротехнологические знания и навыки формируются в ходе прохождения углубленной теоретической и практической подготовки специалистов-психотерапевтов.

По четвёртому блоку

Группа (9) содержит следующие факторы, характеризующие основные метатехнологические задачи:

- создание условий для построения психотерапевтического пространства;
- создание не угрожающей, безопасной среды;
- создание тёплой атмосферы принятия клиента;
- создание условий для научения самораскрытию;
- наличие и навык работы с феноменом спирали «приближение – избегание»;
- формирование условий для подкрепления желательного, развивающего поведения клиента, включая самораскрытие;
- создание психотерапевтом условий для высвобождения стремлений клиента к самоактуализации.

Комментарии: перечисленные в настоящем перечне общетерапевтические факторы – метатехнологические задачи – имеют вполне определённую мишень и вектор применения (соответственно, проявления защитно-конфронтационной стратегии адаптации внесознательных инстанций, переключение на синергетическую адаптационную стратегию и формирование множественной гиперпластики). При решении этих задач используется весь арсенал диагностических и конструктивистских метатехнологий, а также взаимодействие кроссекционных макротехнологических стратегий и определённых метатехнологий на этапах психотерапевтической коммуникации.

Группа (10) содержит следующие факторы, характеризующие основные метатехнологические механизмы:

- формирование разумной концептуальной схемы или мифа, дающего приемлемое объяснение имеющимся у пациента симптомам и предписывающего ритуал или процедуру для их устранения;
- разработка ритуала, требующего активного участия, как пациента, так и психотерапевта, и который, по их мнению, является средством для восстановления здоровья пациента;
- повторяющаяся коррекция эмоционального опыта в отношениях с терапевтом;
- скрытое убеждение и внушение;
- эмоциональная, невербальная поддержка со стороны психотерапевта;
- формирование атрибуции успеха или неуспеха как существенного элемента для комплаенса и успешности лечения;
- трансценденция (возможность выхода за пределы проблемной ситуации);
- самотрансценденция (возможность выхода за пределы собственного Я, или терапевтической диссоциации личностных статусов клиента «Я – проблемный, нуждающийся в по-

мощи» – «Я – ресурсный, способный оказать необходимую помощь»);

- ментализация (понимаемая как способность клиента к терапевтической рефлексии в состоянии отстраненной, диссоциированной метапозиции по отношению к «предмету» травмирующих переживаний).

Комментарии: вышеприведённый перечень факторов, по сути дела, является обозначением класса основных метатехнологий, используемых уже после развития у клиента состояния множественной гиперпластики с целью обеспечения гиперпротекции структурированных технических действий. Соответствующие метатехнологические навыки формируются у специалистов-психотерапевтов в ходе углубленной теоретической и практической подготовки, включающей специальные курсы по метатехнологическому оформлению психотерапевтической коммуникации.

По пятому блоку

Группа (11) содержит следующие факторы, характеризующие основные цели структурно-технологического уровня психотерапевтической коммуникации:

- формирование учебных навыков;
- развитие способностей;
- воздействие 1 уровня с целью изменения симптомов;
- воздействие 2 уровня с целью изменения симптомов;
- воздействие 3 уровня с целью изменения структуры личности.

Комментарии: в настоящем перечне речь идёт о более или менее универсальных целях, достижимых за счёт активности структурно-технологического уровня психотерапевтической коммуникации. Что, собственно, и обуславливает принадлежность вышеприведённых характеристик к системе общетерапевтических факторов.

Группа (12) содержит следующие факторы, характеризующие основные технические подходы, используемые на структурно-технологическом уровне психотерапевтической коммуникации:

- формирование конструктивного стереотипа путём тренировки, упражнений;
- поведенческая регуляция;
- модификация поведения за счёт: 1) одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта; 2) социального подкрепления; 3) моделирования; 4) обратной связи; 5) проработки и ассимиляции проблемного опыта; 6) управления подкреплением; 7) эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта;
- контробуславливание;
- контроль стимула;
- познавательное обучение за счёт информации, получаемой от психотерапевта;

- использование принципов эффективного на-учения;
- когнитивное научение;
- когнитивное совладание;
- исследование внутренних фреймов;
- использование когнитивных средств – разъяс-нения, разубеждения и пр.;
- мотивационная обратная связь;
- использование психофизически ориентиро-ванных методов;
- корректирующий эмоциональный опыт;
- облегчение с помощью драматургии;
- явное убеждение и внушение.

Комментарий: здесь, так же как и по предыду-щей группе, речь идёт о более или менее общих технических подходах, используемых на структурно-технологическом уровне психотерапевтической коммуникации, что и обосновывает принадлежность приведённых характеристик к системе общетерапевтических факторов. При этом следует отметить очевидный «перевес» факторов, характеризующих по-веденческие (1-5) и когнитивные (6-11) подходы, что, собственно, и отражает ситуацию в сфере наиболее распространённых и востребованных направлений и методов профессиональной психотерапии.

Общий комментарий к пятому блоку: безусловно, рассматриваемый блок факторов можно счи-тать наименее универсальным и, соответственно, наиболее приближенным к конкретным психотера-певтическим модальностям. Но также важно пони-мать, по каким основаниям вышеприведённые ха-рактеристики были всё же отнесены к системе об-щетерапевтических факторов. По данным прове-дённых нами исследований, в качестве таких обосно-ванных аргументов приводятся следующие: 1) вы-шеприведённые подходы в той или иной степени присутствуют в теории многих психотерапевтиче-ских направлений и методов; 2) эти факторы боль-шей частью представлены в психотерапевтической практике, даже если в теоретическом оформлении конкретного психотерапевтического метода об этом не говорится; 3) рассматриваемые подходы зачас-тую не оформляются как психотерапевтическая

процедура с чётким регламентом структурирован-ых технических действий, а реализуются на мета-технологическом (контекстуальном невербальном) уровне. Эти аргументы, и особенно последний, по нашему мнению, являются достаточным основани-ем для включения вышеприведённых характеристик в систему общетерапевтических факторов. Притом, что рассматриваемый блок всегда будет занимать «пограничную» позицию в связи с очевидной на-правленностью на решение конкретных задач и до-стижение специфических целей, обозначаемых в со-ответствующих направлениях и модальностях про-фессиональной психотерапии.

В целом же следует отметить акцентированную обращённость вышеприведённых блоков и групп общетерапевтических факторов к основополагающей макротехнологической мишени – адаптивно-креатив-ному циклу, метатехнологическим мишеням; и, глав-ное, к универсальному и наиболее востребованно-му психотерапевтическому эффекту – возможностям достиженя значительных, устойчивых и продолжа-ющихся конструктивных изменений у клиентов (па-циентов) в ограниченные временные периоды.

Адекватная интерпретация и классификация вышеприведённых факторов, на основании прора-ботанной предметной сферы и выведенного отсю-да системообразующего стержня профессиональ-ной психотерапии понятным образом демонстри-рует роль отдельных групп, блоков и каждого из них в достижении универсального психотерапевтиче-ского эффекта, что позволяет констатировать нали-чие сущностных оснований для проведенного нами системного переконструирования общей совокуп-ности общетерапевтических факторов (а не очеред-ного малообоснованного «передела» уже имеющих-ся классификаций и систематизаций).

Таким образом, сделан важный шаг в направле-нии проработки внутреннего вектора интеграции профессиоанальной психотерапии, а также в направ-лении расчистки концептуальных «джунглей», яв-ляющихся главным препятствием на пути становле-ния основополагающей научной теории психотера-пии с качествами «простоты, ясности и единства».

Список литературы:

1. Мармор Д. Развёрнутое определение психотерапии // В кн. Дж. Зейга, В. Майкла Мьюниона: Психотерапия – что это? – М.: Класс, 2000. – С. 29-33.
2. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии // 5 издание. – СПб.: Питер, 2003. – 543 с.
3. Прохазка Дж., ДиКлементе К., Норкросс Дж. Психология позитивных изменений. – М., 2013. – 306 с.
4. Beutler L.E., Machado P.P.P., Newfeld S.A. Therapist variables / In A.E. Bergin, S.L. Garfield // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York: Wiley. – p.p. 311-384.
5. Clarkin J.F., Levy K.N. The influence of client variables on psychotherapy / In M.J. Lambert (Ed). A.E. Bergin, S.L. Garfield // Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.). – New York: Wiley, 2004. – p.p. 194-226.
6. Kanfer F.H., Grimm L.G. Managing clinical change. A process model of therapy // Behavior Modification. – V. 4. – p.p. 419-444.
7. Lambert M., Bergin A. The effectiveness of psychotherapy / A.E. Bergin, S.L. Garfield // Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). – New York: Wiley. – p.p. 143-189.
8. Orlinsky D.E., Howard K.I. Process and outcome in psychotherapy / In S.L. Garfield, A.E. Bergin // Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). – New York, 1986. – p.p. 311-384.
9. Weinberger J. Common factor's aren't so common: the common factors dilemma // Clin. Psychol. – 1995. – V. 2. – P. 45-69.

ПРИНЦИПЫ СИСТЕМНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕЙ ТЕОРИИ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., профессор, г. Павлодар (Республика Казахстан)

Введение

В ходе реализации комплексного проекта по разработке актуальных теоретических и практических аспектов направления интегративной и эклектической психотерапии нами исследовались основные интегративные процессы – центростремительные «шаги» к построению общей теории психотерапии (базисные и прикладные концепты, общетерапевтические факторы и пр.).

Следующим шагом к построению общей теории психотерапии с такими характеристиками, как «основополагающая», «всеобъемлющая», должен стать анализ основных центростремительных тенденций и направлений развития профессиональной психотерапии с задачами обоснования возможности их адекватного синтеза. К последним следует отнести и такие общепризнанные модусы интеграции, как:

- *ассимиляция* (данный интегративный модус характеризуется тем, что вокруг и «внутри» общеизвестной психотерапевтической модальности ассилируются известные и генерируются новые технологические подходы, расширяющие поле применения и, в явной или неявной форме, теоретические конструкции метода. Примером таких ассилиативных моделей, претендующих на статус интегративных, является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Инсуриной, Ташлыкова);

- *технический эклектизм* (данный интегративный модус ориентирован на возможность использования множества технических подходов из различных психотерапевтических школ и методов применительно к тем проблемам, которые заявляет клиент (пациент). При этом основными принципами являются, во-первых, отсутствие вреда; а, во-вторых – существенная польза, которую извлекает клиент за счёт использования нескольких технических подходов, а не только какого-либо одного из них. Соответственно, основными полюсами такой интеграции являются характеристики статуса и запрос клиента, а также профессиональные кондиции психотерапевта в смысле широты его технического репертуара. Примером таких эклектических моделей психотерапии являются клиническая психотерапия, мультиodalная психотерапия Арнольда Лазаруса);

- *поиск общих факторов* (этот модус, рассматриваемый нами в отдельном разделе, ориентирован на возможность идентификации общих для всех направлений, моделей и методов психотерапии пе-

ременных – клиента, терапевта, процесса и др.; а также возможность выстраивания на этой базе метатехнологий, использование которых повышает эффективность и способствует сближению известных терапевтических моделей и методов. Соответственно, здесь в качестве примеров мы используем известные классификации общетерапевтических факторов);

- *теоретическая интеграция* (данный модус отличается, по мнению Norcross, Arkowitz (1992), «духом открытого исследования и тягой к транстеоретическому диалогу». Сущностной характеристикой рассматриваемого модуса является мотивированное стремление выйти за рамки теоретических подходов отдельных школ и обосновать возможность метатеоретического синтеза. В качестве примеров использования такого подхода можно привести нейролингвистическое программирование (НЛП); диализ В.Ю. Завьялова; транстеоретическую модель Д. Прохазки, Дж. Норкросса, а также супрапарадигматическую интегративную модель Р. Опазо).

В связи с чрезвычайной важностью и трудоемкостью такого исследования, необходимо более подробно остановиться на *используемых методологических подходах, в частности, на избираемых единицах анализа и критериях отнесения рассматриваемых интегративных моделей к таким категориям, как «основополагающая» и «всеобъемлющая» теория психотерапии.*

Основными единицами анализа здесь были структурные и содержательные характеристики рассматриваемых интегративных моделей в транскрипции основных авторов, а также известных теоретиков психотерапии, подвергавших эти модели критическому анализу.

В качестве критериев отнесения рассматривающих моделей интеграции к основополагающей и всеобъемлющей психотерапевтической теории нами использовались: 1) концепция общей психотерапии К. Гравэ (1974) с добавлениями и комментариями М. Пере, У. Бауманна (2012); 2) критерии принадлежности к научной парадигме Т. Куна (1974) в модификации Р. Опазо (2006); 3) комплексные критерии оценки дееспособности интегративных моделей психотерапии, разработанные нами в ходе настоящего исследования; 4) критерии оценки состоятельности интегративных моделей по схеме Evans, Gilbert (2003).

В частности, по первой системе критериев – концепции общей психотерапии Гравэ, Пере, Бауманна – оказалось возможным выделение следующих институциональных уровней, которые можно считать также этапами организации психотерапии как научной дисциплины:

- общая психотерапия или общая рамочная концепция психотерапии, отражающая границы, в которых могут быть локализованы и описаны существующие направления и модели психотерапии; общая психотерапия – это такой же термин, как, например, медицина, который говорит о наиболее общей форме исследовательской и профессиональной деятельности; принадлежность к этой общей рамочной концепции ещё не свидетельствует о ценности какого-либо рассматриваемого психотерапевтического метода, либо интегративной модели;
- уровень попыток сконструировать из различных психотерапевтических подходов единый подход (в большей степени данному уровню соответствуют такие модусы интеграции, как ассилияция и техническая эклектика); принадлежность к рассматриваемому уровню какой-либо интегративной модели говорит о том, что формирование общей теории психотерапии в рамках данной модели находится ещё только на начальных этапах;
- уровень открытой системы, которая имеет обоснованное, аргументированное направление и методологию исследования (в контексте ранее обозначенных концептуальных построений – базовую исследовательскую программу в понимании И. Лакатос) и постоянно развивается;
- уровень всеобъемлющей, основополагающей теории психотерапии.

При этом нас, безусловно, интересуют два последних уровня.

Соответственно, критериями принадлежности интегративных моделей к третьему и четвёртому институциональным уровням развития общей теории психотерапии, рассматриваемыми в схеме Р. Опазо (2006), являются:

- наличие свода общих базовых допущений, формирующих ту методологию, которая применяется в дальнейших исследованиях;
- наличие сути (основной идеи, системообразующего стержня) определённой теории, направляющей исследовательские поиски, указывающей виды проблем, достойных изучения, предлагающей методы их изучения;
- наличие общих правил, обеспечивающих теоретический каркас, помогающих определить важнейшие проблемы исследования, подобрать методы исследования, направить процесс исследования и определить, какие данные стоит, а какие не стоит считать ценностными;
- эти базовые допущения, соответствующие теоретические положения и правила должны разделяться теми, кто работает в рассматриваемой науч-

ной области и чьи исследования базируются на выводимых из этих конструктов общих стандартах и методологии научной деятельности;

– принятые базовые допущения, теоретические положения и общие правила должны облегчить взаимодействие, вносить упорядоченность в эпистемологическую, методологическую и этиологическую основу, что, в свою очередь, задает направление исследованиям и практической работе;

– наличие единой парадигмы, таким образом, позволяет стабилизировать научную сферу с нестабильными, непроработанными основаниями и хаотичной динамикой – такая современная парадигмальная модель рассматриваемой дисциплины, помимо того, что она опирается на ясную эпистемологию, всесторонние теоретические основы, чёткую методологию, должна обеспечивать доступ к надпарадигмальному теоретическому синтезу, т.е. иметь установку на открытость и восприимчивость мышления; а также наличие: 1) общего поля для дискуссий (можно достичь большего, если не будет необходимости каждый раз объяснять базовые допущения); 2) открытости знаниям различных подходов, способствующих диалогу и обмену информацией между различными теориями; 3) ясных методологических правил; 4) руководства, позволяющего правильно задавать вопросы и выбирать цели исследования; 5) единых правил оценки знаний и эффективности, которые позволяют создать единое знание; 6) общего понятийного аппарата; 7) возможности оградить исследование фундаментальных и значимых процессов от подходов, уводящих от работы с этими важными концептами; 8) возможности создания всеобъемлющего, неидеологизированного подхода; 9) основы для развития более эффективной интегративной психотерапии.

При этом следует иметь в виду, что первое базовое допущение, которое имплементируется в схему Т. Куна в модификации Р. Опазо, заключается в том, что психотерапия может и должна рассматриваться как научная дисциплина, что, собственно говоря, и подразумевается при достижении третьего – четвёртого уровней институционального развития общей теории психотерапии и обретении основного инструмента такого развития – базовой исследовательской программы.

Ещё одна используемая нами система критериев включает следующий комплекс индикативных признаков.

Группа критериев теоретической состоятельности:

- критерий Розенцвейга (1936) – заключается в том, что в результате интеграции все направления и методы профессиональной психотерапии «должны выиграть и получить призы»;
- критерий Ламберта-Бегина (1992), суть которого заключается в том, что интеграция должна обес-

печивать возможность объединения силы общих факторов с pragmatизмом специфических;

– критерий Д. Прохазки и Дж. Норкросса (2001) заключается в соответствии интеграционной модели следующим положениям: 1) ценностный и порой уникальный вклад основных систем психотерапии должен быть защищён; 2) фундаментальные переменные процессы и компонентов терапии должны быть чётко идентифицированы; 3) должна быть обеспечена возможность измерения и валидизации фундаментальных переменных; 4) рассматриваемая интегративная модель должна объяснять, как люди изменяются без терапии и при терапии, поскольку большинство людей, даже и с клиническим уровнем расстройств, не обращаются за профессиональной помощью (этот чрезвычайно важный критерий требует особого внимания и комментариев: если психотерапия не является единственным «внешним» ресурсом, за счёт которого субъекту удается успешно преодолевать кризисную волну адаптивно-креативного цикла, то в чем же её преимущества перед другими возможностями, в том числе – другими помогающими и развивающими практиками, и каковы долговременные последствия всех этих форм ресурсного воспомоществования – все эти вопросы должны быть прояснены в рассматриваемых моделях и теориях); 5) модель должна доказать свою состоятельность при генерализации её с охватом широкого круга человеческих проблем, включая проблемы физического, психического и психологического здоровья; 6) модель должна побуждать психотерапевтов становиться новаторами;

– в рассматриваемых интегративных моделях должен быть полностью прояснён и концептуализирован главный и наиболее востребованный компонент феноменологического ряда – возможность достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов (пациентов) в ограниченные временные периоды; без внятного объяснения данного феномена и детальной проработки вопроса того за счёт каких именно механизмов, технологических подходов и технических действий обеспечивается скорость генерации и усвоения новой информации и, в конечном итоге, скорость терапевтических изменений у клиента – вопрос о преимуществе психотерапии перед другими помогающими и развивающими практиками остаётся нерешённым;

– должны быть проработаны, обоснованы и аргументированы, с точки зрения необходимости достижения консенсуса между основными моделями и направлениями профессиональной психотерапии, базисные определения и термины, должен быть разработан единый дисциплинарный тезаурус;

– интегративная модель должна обеспечивать возможность сущностного объединения основных направлений, моделей и методов психотерапии на

основе экологических принципов, отраженных в первых трёх критериях;

– рассматриваемая модель должна обеспечивать возможность сущностного объединения основных интегративных модусов профессиональной психотерапии.

Группа критериев научно-методологической состоятельности:

– сформирована базисная исследовательская программа (в понимании И. Лакатоса), чётко обозначены проблемные сферы и сформулированы вопросы, на которые необходимо получить научно-обоснованные ответы; разработана методология проведения соответствующих исследований;

– получены исчерпывающие объяснения в отношении несоответствия дисциплинарных характеристик психотерапии критериям принадлежности к системе кодифицированных научных знаний; проработаны адекватные подходы и способы преодоления такого несоответствия;

– получены исчерпывающие доказательства принадлежности профессиональной психотерапии к корпусу науки; уточнена и обоснована топология психотерапии в компендиуме научных дисциплин в соответствие с общепризнанной классификацией;

– сформировано (или формируется) дисциплинарно-коммуникативное сообщество, обеспечивающее развитие психотерапии как научного направления и реализующее фрагменты базисной исследовательской программы.

Группа критериев функциональной состоятельности:

– проработаны универсальные и специальные задачи рассматриваемой интегративной модели во всех сферах её применения;

– полностью прояснено общее поле функциональной активности психотерапии по спецификациям помогающей, развивающей, саногенной и социально-стабилизирующей практики.

Группа критериев итоговой эпистемологической состоятельности:

– идентификация и проработанность предметной сферы по всем уровням дисциплинарной матрицы;

– идентификация и проработанность всех возможных векторов дифференциации – интеграции (исторического, внешнего, внутреннего);

– завершение в отношении рассматриваемой модели процедуры эпистемологического анализа.

Приведённая система комплексных критериев ориентирована не только на определение научно-методологической, но и функционально-дисциплинарной состоятельности рассматриваемых интегративных моделей. Ключевыми позициями, на которые следует обращать особое внимание, здесь являются: группа факторов, определяющих наличие в

анализируемых интегративных моделях взвешенных, экологически выверенных подходов (критерии Розенцвейга, Ламберта-Бегина; первый пункт в системе критериев Д. Прохазки, Дж. Норкросса); факторы, определяющие степень проработанности и концептуализации главного и наиболее востребованного психотерапевтического феномена (четвёртый пункт в системе критериев Д. Прохазки, Дж. Норкросса; четвёртый критерий в общем перечне); фактор, определяющий уровень системной проработки и консолидации профессионального поля психотерапии (седьмой критерий в общем перечне); фактор, демонстрирующий дееспособность рассматриваемой интегративной модели как научной дисциплины (девятый критерий в общем перечне); фактор, оценивающий степень проработанности предметной сферы по всем уровням дисциплинарной матрицы (четырнадцатый критерий в общем перечне).

В четвёртой системе критериев используется подход Evans, Gilbert, который сами авторы обозначили как «грехи интегративной психотерапии», и который содержит следующие позиции:

– *поверхностный подход* (авторское раскрытие критерия: нет глубоких проникновений в причины человеческих проблем, скольжение по поверхности проблем. Наша интерпретация: отсутствие или неглубокая проработка таких разделов, как анализ заявляемых проблем по лестнице инсайтов с выходом на универсальные психотерапевтические мишени; и далее – с выходом на универсальные механизмы профессиональной ресурсной поддержки клиентов в ходе прохождения им кризисной волны адаптивно-креативного цикла);

– *вседность* (авторское раскрытие критерия: интегративные психотерапевты склонны браться за любую проблему у любого человека, но при этом не могут быть реально эффективны в этом деле, поскольку не обладают компетентностью в оценке глубинных проблем и диагностике их. Наша интерпретация: отсутствие или слабая проработка в оцениваемых интегративных моделях альтернативных подходов в диагностике и терапии проблем, заявляемых клиентом, с пониманием значимости и границ применения каждого из них; и, что очень важно, пониманием приоритета свободного выбора клиента в пользу какой-либо предлагаемой альтернативы. Примером обратного здесь могут быть технологические подходы, которые мы обозначаем как «техники – окна», когда на одном – структурно-технологическом уровне психотерапевтической коммуникации решается заявленная актуальная проблема клиента; а на других – метатехнологических и макротехнологических уровнях терапевтического процесса ведётся работа с универсальными механизмами формирования дезадаптивного статуса клиента);

– *ошибка всемогущества* (авторское раскрытие термина: грандиозные притязания, заявки на то, что можно помочь любому в любой проблеме, но

есть непреодолимое расстояние в достижении кого-то в несчастьи. Наша интерпретация настоящего критерия заключается в том, что в данном случае имеет место несоответствие притязаний какой-либо рассматриваемой интегративной модели на «чудесные» и масштабные результаты и степенью проработанность теоретических механизмов и практических возможностей достижения этих результатов. Примером здесь может быть взятная концептуализация и технологическая проработка возможностей достижения главного и наиболее востребованного психотерапевтического эффекта в отношении всех охватываемых категорий клиентов, в том числе и таких, которые обозначаются как «объективно-сложные». Что же касается «непреодолимого расстояния», то речь здесь может идти лишь об отсутствии общих показаний к психотерапии, т.е. о тех состояниях, когда субъект не способен воспринимать информацию в принципе или воспринимает лишь крайне ограниченную её часть, не оставляющую возможностей для терапевтического воздействия; либо о категорическом нежелании, отказе клиента от каких-либо форм терапевтической помощи, что следует рассматривать как общие ограничения психотерапии, непреодолимые, разумеется, и для любых интегративных моделей);

– *незнание* (авторское раскрытие термина: интегративной психотерапии не хватает глубинных и глубоких знаний о процессах психотерапии, что есть в «чистых формах» классических подходов, поэтому они рисуют заблудиться в лабиринте неисчерпаемых вариантов терапии. Наша интерпретация настоящего критерия заключается в том, что в данном случае речь идёт об отсутствии или слабой проработке в рамках какого-либо из рассматриваемых интегративных подходов: 1) идеологического, системообразующего стержня основных направлений, моделей и методов современной психотерапии, а каждая из этих конструкций представляет сложившуюся систему взглядов на процесс психотерапии; 2) метасистемы, объединяющей эти направления, модели и методы с соблюдением экологических принципов, приведённых в предыдущем – третьем оценочном комплексе; при этом нет ясных доказательств, что объединяющие принципы имеют какие-либо преимущества перед устоявшимися идеологиями определённых психотерапевтических моделей и методов; 3) взятых разъяснений в отношении критерии выбора в качестве основного проекта терапии тех или иных «идеологизированных» психотерапевтических модальностей – в соответствие со статусом, запросом, и пожеланиями клиента, и при этом обогащенных проработанным универсальным макротехнологическим и метатехнологическим сопровождением).

Таким образом, вышеупомянутая авторская транскрипция обозначенных критериев, которые можно отнести и к уровню компетенции психотера-

певтов, специализирующихся в области интегративной психотерапии, дополняется интерпретацией этих же критериев, относимой к характеристикам рассматриваемых интегративных моделей.

Эти четыре критерия в данной схеме дополняются ещё тремя, характерными, по мнению В.Ю. Завьялова (2012), для интегративных подходов, используемых в Российской Федерации:

– *псевдоинтеграция* (т.е. произвольное или даже случайное совмещение абсолютно не связанных, либо связанных по очевидно «слабым» признакам психотерапевтических моделей и методов, с претензией на статус интегративной психотерапевтической модели; при этом никаких внятных объяснений относительно того, почему авторы считают необходимой именно эту комбинацию, а не какую-либо другую, не даётся);

– *наивный реализм* (т.е. анализируются и отчасти концептуализируются только внешние проявления, поверхностная феноменология психотерапевтического процесса, без попытки глубокого осмысливания универсальных характеристик этого сложного явления);

– *духовное измерение и при отсутствии религиозной культуры* (или некая невнятная религиозность – в смысле использования заимствованной терминологии – в оформлении светского гуманизма психотерапии).

Вышеприведённые критерии, таким образом, представляют «нижнюю планку» оценки интегративных моделей. Констатация этого нижнего оценочного уровня (т.е. наличие хотя бы нескольких признаков из семи перечисленных в последнем комплексе) свидетельствует лишь о намерениях по формированию интегративной психотерапевтической модели, при отсутствии подлинного продвижения в этом направлении, и характеризуют принадлежность к первому институциональному уровню становления общей теории психотерапии по критериям первого оценочного комплекса.

В то же время констатация таких признаков конструктивной динамики рассматриваемых моделей (по схеме этих же авторов), как обоснование возможностей: 1) изменять внутреннее через внешнее; 2) находить в специфике общее; 3) уметь оставаться в границах компетенции и выходить за рамки; 4) объединять в систему знания и незнания; 5) не довольствоваться ложной интеграцией; 6) демаркировать границу психотерапии с духовными практиками – позволяет говорить о том, что рассматриваемые интегративные модели, преодолев первый уровень, продвигаются по направлению второго-третьего институционального уровня становления общей теории психотерапии.

В связи со всем сказанным, мы имеем возможность провести детальную оценку предлагаемых на сегодняшний день интегративных подходов и установить степень их приближения к общей теории

психотерапии, с такими её характеристиками, как «основополагающая» и «всеобъемлющая», а также обосновать возможность адекватного, всеохватывающего синтеза этих подходов на третьем и четвёртом институциональных уровнях.

Общий алгоритм такого исследования предполагает проведение первичной оценки психотерапевтической модели, претендующей на статус интегративной по критериям Эванса-Гилберта. И, в случае идентификации признаков принадлежности к первому институциональному уровню становления общей теории психотерапии, по другим оценочным комплексам эти модели уже не рассматривается. Далее, при наличии признаков конструктивной динамики по критериям тех же авторов, интегративная модель оценивается по критериям 2-го и 3-го оценочных комплексов, в ходе чего делается вывод о принадлежности рассматриваемой модели к дифференцируемым институциональным уровням общей теории психотерапии – со второго по четвёртый. На следующем этапе проводится сравнение рассматриваемых моделей с известными и общеизвестными психотерапевтическими методами на предмет выявления каких-либо преимуществ предлагаемых интегративных инноваций. Наконец на заключительном этапе рассматривается возможность надсистемного синтеза исследуемых интегративных и идеологизированных направлений и методов в рамках общей теории психотерапии, представленной в основных разделах настоящей работы.

Двигаясь по вышеприведённой схеме, изложение результатов нашего анализа мы начинаем со второго этапа вышеприведённого алгоритма и рассматриваем далее лишь те интегративные модели – ассимилятивные, эклектические, транстеоретические – которые основательно проработаны и принимаются в качестве таковых психотерапевтическим сообществом.

В данной связи стоит сказать о том, что сами по себе анализируемые модусы интеграции, так же как и иллюстрирующие их примеры отобранных интегративных моделей, не рассматриваются нами с иерархических позиций «более совершенных» или «менее совершенных». Задача настоящего анализа состоит в том, чтобы прояснить потенциал и ограничения каждого интегративного модуса на примере соответствующих психотерапевтических моделей и выявить возможности надсистемного, экологически выверенного синтеза.

Итак, *личностно-ориентированная (конструктивная) психотерапия Карвасарского, Инсуриной, Таилькова* идентифицируется как интегративная психотерапевтическая модель по следующим основаниям, приводимым в соответствующих публикациях. Начиная с 80-х годов прошлого столетия развитие личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии – метода психодинамического направления – сопровождалось интеграцией в эту

систему принципов и методов второго и третьего направления современной психотерапии – гуманистического и когнитивно-поведенческого. Основным системообразующим фактором в теории рассматриваемого метода и принятой авторами концепции личности является трёхкомпонентный характер отношений (выделяемые компоненты – когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий). Данный системообразующий фактор создаёт предпосылки для интеграции других психотерапевтических приёмов (Карвасарский Б.Д., 2007). Описываютя этапы процесса асимиляции – в рамках рассматриваемой модели – методов гештальт-терапии, поведенческой терапии, когнитивных методов (А.А. Александров, 2009). В связи с чем констатируется, что личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия «является оформленвшимся интегративным направлением, широко использующим методы и техники других направлений»; утверждается, что теоретическая часть данного метода, концептуализирующая систему отношений, патогенеза неврозов и используемые психотерапевтические подходы, «является базой, которая позволяет интегрировать, а не эклектически совмещать в практической работе различные методы и приемы» (В.И. Курпатов, А.П. Фёдоров, 2012). В широко распространённой и популярной в профессиональной среде «психотерапевтической энциклопедии», издаваемой под редакцией Б.Д. Карвасарского (1998), личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия подаётся в качестве одной из дееспособных интегративных моделей. И вместе с тем сами авторы подчёркивают, что интеграция, осуществляемая в рамках данной модели, должна иметь «разумные» пределы и включать релевантные ей терапевтические методы (Б.Д. Карвасарский, 1998, 2007). То есть речь идёт о том, что используемый системообразующий принцип, представляющий основу метода, всё же имеет некие ограничения и определённый сектор «релевантности», в рамках которого процесс асимиляции психотерапевтических методов и технологий может быть достаточно эффективным и не угрожающим теоретической целостности рассматриваемого метода. Отметим попутно, что последняя позиция заранее «отсекает» какие-либо упреки в «поверхности», «вседядности» и т.п., и не может не вызывать уважения. Таким образом, все перечисленные основания, с нашей точки зрения, аргументируют принадлежность рассматриваемой модели к ассилиативному модусу интеграции, как соответствующей основным характеристикам данного модуса.

Далее, сразу же следует отметить немаловажный факт того, что рассматриваемая интегративная модель конструируется и описывается авторами за счёт использования традиционных для психотерапевтических модальностей структурных характеристик (исторического аспекта, теории личности, теории психопатологии, теории терапевтического процес-

са с описанием его содержания, характеристик терапевтических отношений, характеристик практических аспектов используемого метода и его разновидностей, оценки эффективности, описания стандартов в сфере образования, исследований, оценки ограничений, оценки перспектив развития), а также – содержательного раскрытия данных структурных компонентов. При этом «известная» (т.е. имеющая место в рамках общих границ презентируемой модели) пластичность и открытость или же принадлежность к «открытой психотерапевтической системе» (Б.Д. Карвасарский, 1998, 2007), в том случае если речь идёт об открытой системе научных знаний, в большей степени декларируется, чем обосновывается с помощью общепризнанных критериев предрасположенности к парадигмальному и надпарадигмальному синтезу. Такого рода дефициты эпистемологического анализа, который, с нашей точки зрения, должен предварять заявления о принадлежности к «открытой системе» (т.е. к третьему институциональному уровню становления общей теории психотерапии), безусловно, препятствуют доказательному позиционированию рассматриваемой модели в требуемом качестве. А внешнее соответствие некоторых структурных характеристик критериям принадлежности к научной парадигме (в понимании Т. Куна, Р. Опазо) – таких, например, как наличия базовых допущений, системообразующего стержня, общих правил, разделяемых существенной группой профессионалов и облегчающих взаимодействие в этой группе – отнюдь не заменяет дефицит проработанной базовой исследовательской программы, способствующей утверждению рассматриваемой интегративной модели в статусе открытой научной системы.

Что же касается степени соответствия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии третьему – четвёртому институциональным уровням развития общей теории психотерапии, оцениваемой в системе комплексных критериев, то здесь констатируется дефицит по четвёртому, девятому и четырнадцатому ключевому факторам. Притом, что по другим позициям отмечается лишь частичное соответствие.

Таким образом, признавая безусловную ценность данного эволюционного интегративного подхода, следует также признать и его существенные ограничения, которые, с нашей точки зрения, касаются не столько релевантного – в смысле ассилируемых модальностей – сектора, сколько недостаточно проработанных эпистемологических оснований к формированию основополагающей психотерапевтической теории. Преодоление этого последнего ограничительного барьера связано с необходимостью разработки и реализации базисной исследовательской программы, в рамках которой только и возможно утверждение на третьем и продвижение к четвёртому институциональному уровню общей теории психотерапии.

Пока же следует констатировать принадлежность рассматриваемой интегративной модели – личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Инсуриной, Ташлыкова – в большей степени, ко второму институциональному уровню становления психотерапии как научной дисциплины на современном этапе её развития.

Клиническая психотерапия (или медицинская модель психотерапии) идентифицируется как интегративный подход, представляющий модус технического эклектизма по следующим основаниям.

В тех странах, где профессиональная психотерапия представлена достаточно широко, принято разделение на клиническую психотерапию пациентов, имеющих патологические расстройства, и психологическую психотерапию клиентов, имеющих жизненные трудности (проблемы). Речь здесь идёт не только и не столько о разделе «сфер влияния», сколько о различных идеологических подходах, оформляемых в основные модели профессиональной психотерапии (А. Притц, 2004; В.В. Макаров, 2006; Р.Д. Тукаев, 2013).

При этом в соответствии с клинико-психиатрической традицией стран немецкого и русского языка, под клинической психотерапией (КПТ) понимается особая система психотерапевтического воздействия, которая сложилась к концу первой трети XX века (Э. Кречмер, С. Консторум) и которая неотделима от клинической медицины (М.Е. Бурно, 2000).

Несмотря на то, что клиническая психотерапия представляет сочетание разноуровневых подходов – от так называемой «необъявленной психотерапии» в рутинных врачебных процедурах (В.Ю. Завьялов, 1995, 1999), элементарных психотерапевтических навыков, которыми должны владеть семейные врачи и врачи общей практики (Н.Г. Незнанов, Б.Д. Карвасарский, 2008), и до высокотехнологичных способов терапии лечения отдельных заболеваний (К. Саймонтон, С. Саймонтон, 2001; В.Д. Вид, 2001; С.М. Бабин, 2012) – в целом большинство авторов соглашается с тем, что наиболее характерным признаком КПТ является технический эклектизм (В.Ю. Завьялов, 2009). Так, например, в изданном справочнике по клинической психотерапии (М.Е. Бурно, 1995) приводится шестнадцать психотерапевтических методов, применение которых именно в данной сфере, по мнению автора, является особенно эффективным.

При этом главным системообразующим посылом КПТ является признание того, что в психотерапевтической практике и исследованиях, реализуемых в рамках рассматриваемой модели, «специфические для расстройства аспекты должны играть центральную роль, так как результаты терапевтического обучения зависят не только от свойств психотерапевта, метода терапии и характеристик пациента, но и от признаков расстройства конкретного пациента, т.е. клинического диагноза» (М. Пере, У. Бауманн,

2012). Это оставляет существенное пространство для методологического маневрирования, ограничивающего лишь хорошо известной врачебной заповедью «не навреди!» (В.Ю. Завьялов, 2009).

И, вместе с тем, чрезмерно выраженная приверженность апологетов клинической психотерапией к этому центральному концепту как раз и является основным ограничительным фактором исследуемой эклектической модели. Более того, при ближайшем рассмотрении выясняется, что эти ограничения касаются не только КПТ, но весьма интересным образом транслируются и на всё поле профессиональной психотерапии, которой – именно по этим основаниям – отказывают в праве утверждаться в статусе самостоятельной научной дисциплины.

Последний тезис мы проиллюстрируем следующими наиболее типичными примерами, почертнутыми из публикации Р.Д. Тукаева «Природа психотерапии» (2013). В частности, автор данной публикации полагает, что в основе научного исследования психотерапии лежит позитивное изменение состояния человека, а также возможность типологизированной оценки состояния субъекта и его динамики. Далее, среди условий, необходимых для научного описания психотерапии, называются следующие: 1) биопсихосоциальный подход к пониманию и описанию человека в психотерапии; 2) *упор на рассмотрение клинической области психотерапии и универсальных клинических критерии оценки её эффективности*; 3) системное (психометрическое, биологическое) исследование динамики психотерапии, позволяющее перейти от описания динамики к описанию механизмов психотерапии. И следом автор приводит систему аргументов в пользу второго в данном перечне пункта: «В области клинической психотерапии типологизация возможна, поскольку её основой служит актуальная классификация психических расстройств. В ней признаки расстройств типологизированы, классифицированы качественно и количественно. Диагностика типологизирует имеющееся расстройство и определяет степень отклонённости состояния от нормального. Успешная психотерапия ведёт лишь к ослаблению признаков – симптомов расстройства, либо к их прекращению, что создаёт инструмент для оценки эффективности психотерапии. Обоснованная оценка эффективности клинической психотерапии основана на редукции болезненной симптоматики. При использовании в оценке результативности психотерапии степени редукции болезненной симптоматики в классификационных диагностических рамках возможно сравнение эффективности любых используемых методов, модальностей психотерапии».

Со всем этим ещё можно согласиться. Но вот со следующими утверждениями цитируемого автора согласиться крайне трудно. Это, во-первых, утверждение того, что во всей прочей, то есть «психологической» психотерапии – по причине отсутствия та-

кой типологизированной классификации и систематизации психологических проблем – также отсутствуют и базисные условия для сопоставления клиентов по качественным и количественным параметрам, проведения верифицированной оценки эффективности психотерапии по редукции или прирастанию (например, при личностном развитии) типологизированных признаков. Это утверждение противоречит, в том числе, и несколько ранее высказанной мысли (в этой же публикации) в отношении того, что «к базисным механизмам психотерапии, вероятно, следует отнести и адаптацию». На наш взгляд, следующим логическим шагом после такого заявления могло быть признание целесообразности дифференцированной оценки адаптации субъекта – как наиболее универсального и общепризнанного критерия, определяющего эффективность соответствующих адаптационных технологий, включая психотерапию, а также признания того бесспорного факта, что уровень клинических проявлений патологического процесса – есть только один из множества дифференцируемых уровней адаптации (например, уровня здоровья, напряженной адаптации – компенсации, напряженной адаптации – субкомпенсации, патологической адаптации – предболезни, болезни и пр.). То есть типологизация патологии – это сравнительно узкий сектор обзора, который вовсе не «отменяет» возможность системной оценки стадий и темпов продвижения субъекта по прогрессивному, либо по регressiveному вектору адаптационных изменений за пределами этого ограниченного сектора (в том числе и по таким «большим» параметрам, как биометрические, психометрические и социометрические, о которых так «пекутся» апологеты клинической психотерапии). Мало того, исходя из вышеприведённой логики, следовало бы настаивать на том, что существенно большая часть этих и других системных параметров, оценивающих предикторы скорости конструктивных изменений субъекта при прохождении им кризисной волны адаптивно-креативного цикла, в принципе не может быть привязана к какому-либо одному дифференцированному адаптационному уровню и тем более – к уровню клинических проявлений болезненного процесса.

Особенно интересными, в смысле перспектив развития психотерапии как самостоятельного научного направления, здесь являются возможности идентификации именно тех сущностных предикторов скорости терапевтических изменений и оценивающих их параметров, которые пока что не подпадают под определение кодифицированных научных знаний по причине принятых фундаментальных ограничений, но которые как раз и обеспечивают ту самую, прописываемую в анализируемой публикации «системную реакцию на психотерапию» на уровне всех трёх компонентов биopsихосоциального подхода. Это, собственно, и являлось бы аргу-

ментом новизны и состоятельности психотерапии как научной дисциплины, вовсе не отрицающей достижения клинической медицины, но отводящей им определённое место в системе адаптивно-креативного цикла эволюционного развития человека.

Однако вместо всего этого нам предъявляют утверждение, что «создание новой науки – психотерапии – фатально, и приведёт в лучшем случае к предельному редуцированию, однобокому описанию, в худшем – к оформлению очередной псевдо-параноучной мифологии», если только этот процесс не будет опираться на системную методологию биopsихосоциального подхода, реализуемую, очевидно, с акцентом «на рассмотрение клинической области психотерапии и универсальные клинические критерии оценки её эффективности». Но как раз в этом случае никакая самостоятельная наука – психотерапия – не нужна.

Всё вышесказанное мы расцениваем как попытку переноса эпистемологических ограничений, присущих КПТ (подаваемых, разумеется, как несомненные достоинства), на всю «территорию» профессиональной психотерапии, и аргументации если не тупикового, то, во всяком случае, и не развивающегося вектора движения профессиональной психотерапии, с возвращением этому вектору упрёков в «редуцированности», «однобокости» и пр.

Справедливости ради следует сказать и о том, что до настоящего времени общее пространство психотерапии создавало почти идеальные условия для успешного осуществления таких «переносов», поскольку каких-либо реальных контраргументов в отсутствие разработанной базисной исследовательской программы не находилось.

В соответствии со всем сказанным, структурно-содержательные характеристики клинической психотерапии складываются из трёх позиций: 1) компендium психотерапевтических модальностей и методов, используемых в клинической практике (в «Справочнике по клинической психотерапии» 1995 года издания М.Е. Бурно приводит следующие методы: суггестивная терапия, гипнотерапия, рациональная психотерапия, активирующая психотерапия, клинико-аналитическая терапия, психотерапия духовной культурой, арт-терапия, библиотерапия, арт-терапия А.И. Яроцкого, психотерапия миросозерцания Я. Марциновского, спиритическая психотерапия Е. Кречмера, психотерапия увлечениями Ю.А. Скроцкого, этнотерапия З. Косовой и М. Хауснера, позитивная психотерапия Н. Пезешкиана, ландшафтотерапия, терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно; в руководстве М. Перре, У. Байманна «Клиническая психология и психотерапия», изданного в 2013 г., описывается уже свыше 50 видов психотерапевтического вмешательства); 2) стандартные информационные блоки, используемые при описании основных психотерапевтических методов и модальностей (биография авторов метода;

история возникновения, становления и развития метода; теория личности, теория психопатологии; теория терапевтического процесса; содержание терапевтического процесса; характеристика терапевтических отношений; характеристика практических аспектов использования метода; описание разновидностей метода; доказательства эффективности; критический раздел, анализирующий ограничения, теоретические и технологические изъяны метода; оценка перспектив развития метода); 3) общие для всех методов и модальностей, используемых в клинической практике, подходы к оценке эффективности. При этом собственно интегрирующей является третья позиция вышеупомянутого перечня, о достоинствах и ограничениях которой было уже сказано.

Анализ рассматриваемой модели клинической психотерапии по второму блоку критерии Кунан-Опазо показывает следующее.

Презентируемый в данной модели способ интеграции основывается на заимствованной медицинской парадигме биopsихосоциального подхода, основательно проработанной и доказавшей свою состоятельность и эффективность в течение последних десятилетий. В связи с этим, можно констатировать соответствие рассматриваемой интегрированной модели первым пятью критериям второго блока, с тем существенным комментарием, что психологическая составляющая парадигмы биopsихосоциального подхода (в силу многих причин и, прежде всего, дефицита подлинных эпистемологических основ психологической науки) является наиболее слабым и «вытесняемым» из данной конструкции звеном.

Что же касается шестого критерия в схеме Кунан-Опазо, то в силу имеющихся ограничений данная модель не содержит реальных предпосылок к синтезу собственно психотерапевтической парадигмы, обосновывающей состоятельность психотерапии как научной дисциплины, так же, как и предпосылок к надпарадигмальному синтезу, формирующему внешний вектор интеграции профессиональной психотерапии с общим корпусом науки, медицины, психологии и пр.

Анализ модели клинической психотерапии по третьему блоку комплексных критериев показывает соответствие по первому, второму, шестому; частичное соответствие по третьему, одиннадцатому, двенадцатому, тринадцатому, четырнадцатому; и несоответствие по всем прочим критериям, среди которых большинство ключевых, аргументирующих основные позиции принадлежности рассматриваемой модели к третьему, четвертому институциональным уровням формирования общей теории психотерапии.

Таким образом, следует констатировать продвижение интегративной (эклектической) модели клинической психотерапии не далее второго институционального уровня при наличии комплекса ограничений, препятствующих этому процессу.

Небесспорными достоинствами рассматриваемого в рамках данной модели способа интеграции является его «вынужденная» (за неимением лучшего) обращенность к реально эффективной – в сфере клинической медицины – схеме биopsихосоциального подхода.

Но также очевидно, что потенциал развития клинически ориентированной психотерапевтической эклектики будет связан с отходом от этой заимствованной схемы (с сохранением всех имеющихся достижение в области клинического сектора профессиональной психотерапии) и переключением с узкоклинической на существенно более широкую адаптационную проблематику.

Мультимодальная психотерапия Арнольда Лазаруса рассматривается нами как модель, представляющая направление технического эклектизма по следующим основаниям.

Автор рассматриваемой модели – выдающийся исследователь и специалист в сфере профессиональной психотерапии Арнольд Лазарус ещё в конце 50-х годов прошлого столетия подчеркивал, что к решению проблем, заявляемых клиентами, лучше всего подходить в расширенной системе координат, и призвал к синтезу различных психообразовательных, психотерапевтических и фармакологических подходов. В 1967 году он обосновал идею технического эклектизма (противопоставляемого теоретической интеграции) и в 1973 г. предложил особый подход «мультимодальной терапии», который подчёркивал исчерпывающий охват всех модальностей.

В самом сжатом виде теоретическое содержание метода, обосновывающее его определение как «мультимодального», следующее.

Этиология: мультимодальный подход рассматривает психологические нарушения как следствие множества пересекающихся влияний – конфликтующих или амбивалентных чувств и реакций, дезинформации, опускания или дефицита информации, дезадаптивных привычек, биологических дисфункций, интерперсонального беспокойства, проблем негативного самовосприятия, внешних стрессоров, экзистенциальной тревоги и др.

Принципы (которые можно рассматривать как системообразующий стержень исследуемого способа интеграции): 1) люди действуют и реагируют в рамках семи модальностей BASIC I.D. (поведение, эмоции, ощущения, представления, познание, межличностные отношения, медикаментозная и другие зависимости); 2) эти модальности связаны сложными цепочками поведенческих и психофизиологических явлений, и они существуют в состоянии взаимного проникновения; 3) точную оценку состояния человека дают систематические исследования каждой модальности и их взаимодействие друг с другом; 4) комплексная терапия предусматривает специальную коррекцию существенных проблем в

области BASIC I.D. *Терапевтическое содержание*. По существу мультимодальный подход предполагает поиск и нахождение адекватных ответов на следующие вопросы: Каковы особые и взаимосвязанные проблемы в области BASIC I.D.? Кто или что вызывает и подкрепляет эти проблемы? Какой способ представляется наилучшим для решения этих проблем в каждом индивидуальном случае? Определены ли эмпирически надежные методы изменений или социальные подходы для работы с этими проблемами?

И далее А. Лазарусом предлагается общая формула реализации терапевтической программы: (1) определение наличия существенных проблем в каждой из рассматриваемых модальностей; (2) выбор совместно с клиентом трёх, четырёх основных проблем, которые требуют особого внимания; (3) проведение необходимого медицинского обследования и, в случае необходимости, назначение медикаментозного, в частности психофармакотерапевтического лечения; (4) использование для работы с заявляемыми клиентом проблемами релевантных, эмпирически валидных методов там, где это возможно.

Используемые технические подходы в рамках дифференцируемых модальностей. Поведение (B) – позитивное подкрепление, негативное подкрепление, контробуславливание, угасание. Аффект (A) – признание чувств, классификация и узнавание чувств, отреагирование. Ощущение (S) – снятие напряжения, сенсорное удовлетворение. Воображение (I) – образцы конструктивного копинга, конструктивные изменения в образе «Я». Когниция (C) – когнитивное переструктурирование, повышение осознания, просвещение. Интерперсональные отношения (I.) – моделирование, тренинг ассертивности и других специальных навыков, рассеивание недоброжелательности, принятие без осуждения. Медикаментозная и другие зависимости (D.) – биология – идентификация соматических заболеваний, приём психотропных препаратов по показаниям; психотерапевтическая работа с синдромом зависимости, использование комплексных реабилитационных технологий (A.A. Lazarus, 1989; A. Lazarus, 2001).

Далее, рассматриваемая модель содержит все другие стандартные информационные блоки, используемые для структурированного описания психотерапевтического метода. Особенно впечатляющим здесь является блок обоснования эффективности мультимодальной психотерапии. Примечательно, что в качестве оценочных параметров здесь использовались как объективные признаки смягчения психопатологической симптоматики, так и параметры оценки субъективного самочувствия (A. Lazarus, 1992; K. Grawe et al., 1994; J. Weisz et al., 1995).

Ограничения, которые приписываются рассматриваемой модели, во многом являются общими для интегративного модуса технического эклектизма. Так, например, отмечается, что эклектические мо-

дели психотерапии, не в смысле широты применения (здесь нет никаких вопросов), а в сфере, подлинно, новаторских теоретических подходов и, главное, технического синтеза – не пошли дальше своих «школьных» прародителей.

Заслуга таких эклектических моделей видится лишь в том, что общий кругозор практикующих специалистов, за счёт более или менее адекватного совмещения используемых модальностей, был расширен. Акцент внимания и терапевтической активности специалистов был перенесён на реальный запрос клиента (а не усилия по «укладыванию» клиента в прокрустово ложе идеологизированной психотерапевтической модели). То есть сущностного развития профессиональной психотерапии в направлении создания основополагающей теории, по мнению критиков, здесь не произошло (Дж. Прохазка, Дж. Норкросс, 2001).

Анализ рассматриваемой модели по второму блоку критериев Куна-Опазо показал следующее.

Разработанный в данной модели способ интеграции соответствует первому, второму и четвёртому критерию в используемой схеме, но лишь частично соответствует третьему и пятому критерию, так как проработанная эпистемологическая основа, выходящая за рамки каких-либо охватываемых модальностей, здесь отсутствует. По этой же причине и, главным образом, в связи с неразработанностью базисной исследовательской программы, можно констатировать несоответствие рассматриваемой интегративной модели ключевому шестому критерию, утверждающему данную модель в статусе научной парадигмы, открытой к процессам надпарадигмального синтеза.

Анализ мультимодальной психотерапии А. Лазаруса с использованием третьего блока комплексных критериев показывает наличие соответствия по первому, второму; частичного соответствия по третьему, шестому, двенадцатому, тринадцатому, четырнадцатому; несоответствия по всем прочим критериям, включая большинство ключевых.

На основании всего сказанного следует констатировать принадлежность мультимодальной психотерапии Арнольда Лазаруса ко второму институциональному уровню становления общей теории психотерапии. Притом, что неоспоримым достоинством рассматриваемой модели интеграции является её обращенность к реальным нуждам и запросам клиента во всех значимых аспектах, широкий ассортимент предлагаемой психотерапевтической и другой комплексной помощи; реальная, а не декларируемая технологическая открытость и равноудалённость от каких-либо «школьных» идеологий.

Развивающий потенциал данной модели и перспективы «подъёма» на третий институциональный уровень связаны с разработкой новых идей в отношении универсальных составляющих терапевтического процесса в целом, а не только более или менее

удачных принципов «складирования» общепризнанных психотерапевтических модальностей. И, конечно же, с последующей разработкой базисной исследовательской программы (со всеми её компонентами), прокладывающей дорогу между модусами технического эклектизма и теоретической интеграции в общем поле профессиональной психотерапии.

Завершая анализ двух первых интегративных модусов – ассилиативного и эклектического – следует сказать, что используемые иллюстрированные примеры, разумеется, не охватывают полный перечень состоятельных и признаваемых психотерапевтических моделей, относимых к вышеприведённым основным векторам интеграции (например, интегративная психодинамически-поведенческая терапия Поля Вахтеля; эклектическая психотерапия Роберта Фицджеральда; российская полимодальная психотерапия В.В. Макарова и др.). Однако всё сказанное в отношении избранных интегративных моделей – в плане принадлежности к институциональным уровням становления общей теории психотерапии, ограничений и потенциала развития – целиком относится и к этим, близким по структурно-содержательным характеристикам, психотерапевтическим методам.

Далее нами рассматривается модус теоретической интеграции, с которым многие исследователи связывают надежды осуществления подлинного прорыва в сфере формирования основополагающей теории психотерапии (Norgcross, Arkowitz, 1992; Прохазка, Норкросс, 2001). Здесь мы также ограничимся разбором лишь некоторых избранных моделей, наиболее полно иллюстрирующих имеющиеся ограничения и потенциал развития данного интегративного модуса.

Итак, *нейролингвистическое программирование* (НЛП) идентифицируется как модель, представляющая направление теоретической интеграции по следующим основаниям.

В настоящее время признаётся, что основными и весьма многочисленными теоретическими и практическими источниками рассматриваемой модели являются: изучение и анализ психотерапевтической практики известных мастеров М. Эрикссона, В. Сатир, Ф. Перлса и некоторых других представителей американской психотерапии; нейролингвистика (как научная дисциплина, возникшая на стыке неврологии и лингвистики, и изучающая систему языка в соотношении с мозговым субстратом языкового поведения); психолингвистика (как наука, занимающаяся исследованием процесса речеобразования, а также восприятия и формирования речи в их соотнесении с языком); трансформационная грамматика Г. Хомского, выделяющая глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения; современные данные о межполушарной асимметрии – различиях в переработке информации правым и левым полушарием; работы Г. Бейтсона, посвящённые «экологии разума»; данные зоо-

психологии о формировании нестандартных «творческих» стереотипов поведения дельфинов при определённых условиях дрессировки; теория логических типов К. Рассела; общая и специальная когнитология (как раздел психологии); исследования кибернетики, стирающие границы между искусственным и естественным интеллектом (В.А. Доморацкий, 2008; А.А. Гицуцкий, И.А. Гицуцкий, 2010).

Вместе с тем необходимо понимать, что всё вышеперечисленное – это, в основном, позднейшие наслоения. Изначальная идея НЛП родилась из синтеза лингвистики (один из основоположников НЛП – Джон Гриндер был профессиональным лингвистом и занимал должность профессора по данной специальности в Калифорнийском университете в Санта-Крус) и математики (другой автор рассматриваемого метода – Ричард Бэндлер изучал математику и компьютерные науки). Эта простая и понятная синтетическая идея, которая и поныне остаётся главным системообразующим стержнем рассматриваемой психотерапевтической модели, заключается в том, что эффективное речевое поведение психотерапевта (обычно ускользающее от внимания неподготовленного наблюдателя) в ходе проведения им терапевтического процесса можно: 1) формализовать; 2) разложить на отдельные структурные компоненты – паттерны, оформляемые в духе трансформационной грамматики; 3) описать эти паттерны в виде стандартных моделей; 4) обучать специалистов воспроизводить эти стандартные модели; 5) и за счёт этого добиваться таких же выдающихся результатов, что и «эталонные профессиональные макромодели» – М. Эриксон, Ф. Перлс, В. Сатир и др.

Основная развивающая динамика этой понятной схемы заключалась в том, что сравнительно узкий сектор анализа речевого поведения со временем расширился и вобрал в себя все известные способы непосредственной генерации, передачи, кодирования информационных сигналов; а используемые модели информационной активности клиента и терапевта в процессе терапии (и технологий, оказывающие влияние на структурно-содержательные характеристики этих моделей) оказываются всё более сложными и изощрёнными.

То есть в принципе, по мысли авторов, речь идёт о том, что формализованными и преобразованными в соответствующие структурированные модели и техники могут быть любые проявления метатехнологической активности специалиста-психотерапевта, формирующие особо значимые контексты эффективной терапевтической коммуникации, а не только структура его речи.

Далее, главным допущением, которое, совершенно открыто, имплементируется в обсуждаемую схему, является утверждение того, что мозг человека – это тот же суперкомпьютер, действующий по сходным принципам и закономерностям. И дело, следовательно, лишь в том, чтобы идентифициро-

вать и выстроить адекватную иерархию как можно большего числа информационных параметров, оказывающих влияние на деятельность этого «биологического суперкомпьютера». Отсюда – изобилие представленных в теоретической части данного метода достаточно сложных информационных схем, координирующих процесс бытия человека в современном мире (так, на сегодняшний день основными авторами НЛП описываются семь моделей общего информационного поля: BAGEL, ROLE, TOTE, SCORE, SOAR, DHE, модель метасфер).

Разумеется, всё вышесказанное подаётся как несомненное достижение методологии нейролингвистического программирования, «делающей основной акцент на ясности, техничности и прагматизме» (Р. Дилтс, Д. Делозье, 2012), и, конечно же, с нескрываемым восторгом встречается довольно существенной частью профессионального психотерапевтического сообщества, исповедующего принцип: «Дайте мне технику, и я переверну мир».

Между тем цена вопроса «отделения зёрен от плевел» в данном случае весьма высока – рассматриваемая модель пока что является одной из немногих (если только не единственной), имеющей реальные основания на утверждение её в статусе научной парадигмы (А.М. Ялов, 1993) и предрасположенной к использованию математических моделей для описания терапевтического процесса, и прогнозированию его эффективности в соответствие с принципами и подходами позитивистского крыла науки.

В связи с этим необходимо рассмотреть функциональные, структурные и содержательные характеристики анализируемого метода более обстоятельно.

Само по себе определение «нейролингвистическое программирование» расшифровывается следующим образом: «нейро» относится к мозгу/ сознанию, связанным с телом/нервной системой, и тому, как они обрабатывают информацию и кодируют память. То есть таким образом авторы подчеркивают, что информация вводится, обрабатывается и упорядочивается с помощью нервных механизмов и процессов. «Лингвистическое» указывает на то, что нервные процессы кодируются, упорядочиваются и получают значение посредством языка, коммуникативных систем и различных символических систем (например, грамматики, математики, музыки, изображения). В НЛП используют две основные информационно-коммуникативные системы. Во-первых, сознание обрабатывает информацию в терминах изображений, звуков, тактильных и вкусовых ощущений и запахов (сенсорные системы) посредством «репрезентативных систем». Во-вторых, сознание обрабатывает информацию посредством вторичной языковой системы символов, слов метафор и т.д. «Программирование» относится к способности организовать эти части (изображения, звуки, тактильные и вкусовые ощущения, запахи и сим-

волы или слова) в программы, которые выполняет мозг человека.

Так вот, сутью НЛП, по мысли авторов, является возможность установления эффективного контроля над программной деятельностью сознания (М. Холл, Б. Боденхамер, 2005). Или же возможность устранения ошибок, неадекватных ограничений в программировании такого рода, приводящих к тотальному либо парциальному дискомфорту, и осуществления эффективного *перепрограммирования* адаптивной деятельности субъекта (термин, которого апологеты НЛП почему-то активно избегают, хотя в остальном охотно придерживаются «компьютерной» лексики).

В развёрнутом виде система общих допущений и правил, формирующих теоретический каркас рассматриваемой модели и определяющих основные направления исследовательского поиска, представлена тремя блоками (или так называемыми кодами НЛП, последовательно разрабатываемыми исследовательскими группами, действующими в данном направлении). Каждый из этих блоков полностью сохраняет своё значение до настоящего времени. Скомпонованные таким образом массивы проработанной информации не противоречат друг другу, а только лишь расширяют функциональное поле метода.

Так, базовые теоретические допущения (принципы), или исходный «код» НЛП, представлены следующими утверждениями: никто не владеет окончательной истиной (клиент должен утвердиться в широком контексте данного тезиса, показывающего, что всякая «конечная» истина есть убеждение, а убеждение можно, а иногда и необходимо менять; т.е. имеется реальная возможность перемещения клиента в поле конструктивных альтернатив); карта не является территорией (реальность в которой существует человек – есть схема, система координат и не более того; эта схема может и должна улучшаться и пересматриваться, особенно в тех случаях, когда движение клиента по её ориентирам вызывает затруднение и дискомфорт); в любой ситуации каждый человек делает лучший выбор из всех, что он может представить в данный момент (принятие клиентом данного тезиса убережет его от «самоедства» и травмирующей интерпретации своей жизни как ошибочных действий и поступков; кроме того с осмыслением данного тезиса появляется возможность расширения и более продуманной оценки последствий альтернативных вариантов решений в различных ситуациях); любое поведение имеет положительное намерение (для клиента важно понять, что любое его действие – это способ адаптации, попытка что-то улучшить в ситуации, жизни; таким образом, исходная установка поступка и действие в целом не может оцениваться однозначно отрицательно, речь следует вести лишь о расширении поведенческих стратегий); в каждом человеке существует внутренний потенциал для решения его проблемы (клиент

не всегда знает о наличии скрытых ресурсов собственного организма и психики, и не знаком с правилами ресурсного доступа; повышение компетенции клиента в данной сфере способно существенно продвинуть его в решении любых проблемных ситуаций); сопротивление различным предложениям психотерапевта просто указывает на то, что нужно устанавливать более адекватный rapport (контакт), а сами предложения должны соответствовать картине мира клиента (в системе НЛП рекомендуется использование разнообразных техник по углублению контакта – присоединения, отзеркаливания и пр.); смысл общения заключается в вызванной реакции, а не в том, что предполагалось сообщить (обращается внимание на то, что реакция на сообщения терапевта преломляется опытом клиента и может быть самой разной, что, конечно же, необходимо отслеживать и учитывать); психика и тело – части одной системы (обращается внимание на важность невербальных сигналов и необходимость их правильной интерпретации); не существует неудач, существует обратная связь (принятие этого очень важного тезиса позволяет профилактировать формирование комплекса неудачника у клиентов и стимулировать поиски более эффективного решения проблемных ситуаций, извлекая уроки из отрицательной обратной связи); в человеческом взаимодействии наибольшее влияние на результат имеет тот, кто проявляет наибольшую гибкость и разнообразие в поведении (этот тезис даже в большей степени касается терапевта, чем клиента, и ориентирован на широкий арсенал и гибкое использование различных поведенческих и психотерапевтических подходов), если вы не знаете, куда вы идёте, то можете зайти в тупик (в терапии, как и в жизни, важно структурировать определённую цель; тогда появляется ясность в отношении маршрута движения к этой цели); не бывает безвыходных ситуаций, каждая проблема имеет своё решение (ни одна из ситуаций не обладает стабильностью; мы и мир – это динамика, а не статика; вопрос лишь в том, как направить изменения в нужную сторону, ускорить их, опираясь на собственные ресурсы); если это может другой человек, похожий на вас, то значит, это можете и вы (важно понять, что при наличии сильного желания можно научиться многому; и что примеры, которые у нас «под боком», помогут преодолеть стартовую неуверенность).

Кроме того, первое описание НЛП включает лингвистические паттерны (метамодель) и их взаимодействие с глубинной структурой опыта, идеи о подстройке, о презентативных системах, субмодальностях, стратегиях, разделении намерений и поведения (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1995; Д. Гриндер, Р. Бэндлер, 1995). Базовые техники, которые были разработаны в контексте исходного «кода» НЛП следующие: коллапс якорей, рефрейминг, круги силы, генератор нового поведения, техника быстрого ле-

чения фобий, лечение аллергии, шестишаговый рефрейминг, техника взмаха, визуально-кинестетическая диссоциация, визуальное сжатие (М.Н. Гордеев, Е.Н. Гордеева, 2002).

В рамках второй модели, или второго «кода» НЛП, который стал формироваться с середины 80-х годов прошлого столетия, были разработаны такие понятия, относимые к способам обработки информации у человека, как: линия времени и позиции восприятия, нейрологические уровни, метапрограммы, паттерны «Фокусы языка», пространственная сортировка и психогеография, метазеркало, стратегии воображения и стратегии гениев. Из технических средств были созданы: процедура изменения убеждений, интеграция конфликтующих убеждений, согласование нейрологических уровней, реимпритинг.

В целом следует отметить, что НЛП второго поколения стало выходить за рамки психотерапевтического контекста и включало в себя такие сферы, как менеджмент, переговоры, продажи, образование. Акцент стал переноситься на взаимоотношения в малых и больших группах (Р. Дилтс, 1997; Р. Дилтс, Д. Делозье, 2012).

Нейролингвистическое программирование третьего поколения начало развиваться в 90-х годах прошлого столетия. При этом разрабатывались вопросы идентичности, видения, миссии; соотношений между тремя разными интеллектами или «разумами» – когнитивным, соматическим, полевым; развитие rapporta между сознательным и бессознательным, и как следствие – достижение человеком собственной конгруэнтности, состояния высокой эффективности (СВЭ). Были разработаны такие технические приёмы, как: центрирование, внутренняя игра и «зона совершенствования», открытость к полю, генеративные изменения, удерживание трудных чувств, интеграция архетипических энергий, путешествие героя и архетипы изменений, трансформация убеждений-барьеров и создание убеждений-мостов, техники развития коллективного интеллекта и генеративного сотрудничества (Д. Гардон, 1994, 1995; Н. Зинк, Д. Маншоу, М. Холл и др., 1995; Т. Гаррат, 2002; В.А. Доморацкий, 2008; Р. Дилтс, Д. Делозье, 2012).

Общая стратегия терапевтического процесса в НЛП выстраивается вокруг следующих позиций: 1) обращается внимание на личную конгруэнтность психотерапевта с тем, чтобы имелось полное соответствие верbalных и неверbalных сигналов и не возникало дискомфорта диссоциации у клиента; 2) установление rapporta за счёт техник присоединения; 3) сбор информации о текущем и желаемом состоянии клиента; при том, что самой проблеме уделяется не так много внимания (данное обстоятельство подаётся как несомненное экологическое достоинство метода); 4) обеспечение формулировки цели клиента с учётом пяти правил хорошо сфор-

мулированного результата: позитивная формулировка желаемого результата; результат должен касаться самого клиента; в категориях сенсорного опыта должен быть проработан вопрос того, как клиент узнает, что результат достигнут; результат должен быть «размещён» в должном контексте; проверка экологичности; 5) выяснение того, какие ресурсы необходимы клиенту для достижения желаемого состояния; 6) выбор стратегии терапевтического вмешательства; 7) перевод в желаемое состояние; 8) проверка результата.

Что же касается содержания и оценки других стандартных блоков, то здесь с сожалением приходится констатировать, что ожидания относительно научно-парадигмального оформления метода не то что не оправдываются, но даже и не «дотягивают» до принятого при оформлении психотерапевтических модальностей минимума. Так, например, в многочисленных монографиях и руководствах (их общее количество к настоящему времени исчисляется многими сотнями), посвящённых описанию метода, среди не менее многочисленных заверений о подлинных «чудесах», творимых при помощи использования данного метода, разделы о научно доказанной эффективности НЛП отсутствуют. А тех примеров работы с конкретными клиентами, которые представлены почти в каждой публикации, разумеется, недостаточно. Громогласные утверждения авторов о том, что НЛП заведомо более эффективная технология, чем, например, любое воспроизведение «школьного» психотерапевтического метода, не подкрепляются абсолютно необходимыми в этом случае сравнительными репрезентативными исследованиями.

Авторы и апологеты данного метода так и не прояснили ни одной проблемной позиции в сфере отнесения психотерапии к системе кодифицированных научных знаний. И таким образом дали повод к упрёкам в легковесности, поверхностности и прочих «грехах», приведённых в схеме Эванса-Гилберта. Говорить о наличии каких-либо попыток к формированию базисной исследовательской программы на базе рассматриваемой модели также не приходится.

Что касается такого раздела, как стандарты в сфере подготовки, то здесь обращает на себя внимание акцент на необходимость освоения соответствующих теоретических и особенно технологических блоков при полном отсутствии каких-либо намёков на необходимость прохождения длительных курсов самопознания, личностного роста, личной терапии (осуществляемый, конечно, не по канонам НЛП). Поистине, святая уверенность авторской когорты в том, что (здесь будем использовать стиль метафоры, присущий рассматриваемому методу), если ограниить «бульжник» по тем же технологиям, что и «алмаз», то его можно продать за ту же цену – просто поразительна. Однако «галечные» специалисты охотно перенимают эту упрощённую идеологию, и

первое, что их отличает – это несокрушимая убеждённость в своем техническом превосходстве и готовность совладать с любой проблемной ситуацией, особо не вникая в её суть. Нечего и говорить о том, что многим клиентам такая установочная позиция специалиста импонирует. Но не всем. Что же касается среднесрочных и долгосрочных результатов, оценивающих эффективность деятельности подготовленных НЛП-практиков, то, как уже говорилось, такие рутинные и очевидно скучные вопросы в общем поле рассматриваемого метода мало кого интересуют.

Что же действительно препятствует распространению анализируемой «метасистемы», возможности которой её авторы и их последователи считают поистине безграничными: «... описываемые нами образцы техник, разрабатываемых в рамках НЛП, говорят о существовании сотен и даже тысяч и более процессов, которые уже созданы и будут созданы в ближайшие годы и десятилетия. Располагая методологией моделирования структуры опыта и постоянно перепроектируя многоуровневые карты и фреймы сознания, мы можем углубиться в любую практическую сферу жизни, чтобы построить модели лучших образцов деятельности, достигнутых на сегодняшний день, и расширить пределы человеческих возможностей благодаря непрерывной связи времен» (М. Холл, Б. Боденхамер, 2012); действительно ли заявленная авторами метода метапозиция по отношению к многочисленным психотерапевтическим подходам может квалифицироваться как «всеххватывающая»?

Одни из самых уважаемых экспертов в области теории и практики НЛП – М. Холл, Б. Боденхамер (2012) – признают, что это не так: «Основатели НЛП всё же имели теорию, ... которая состояла в том, что мир не настолько беден, чтобы у людей не было достаточно выбора, и они не могли бы преуспеть и быть счастливыми. Если люди и ограничены в своём выборе, то только потому, что у них обыденные карты мира. Они составляют свои карты, посредством процессов моделирования, включая опущение, обобщение и искажение информации. Направив их назад к «глубинным» (или внешним) уровням их картирования и предлагая им пересмотреть своё картирование путём задавания вопросов, специалисты дают им возможность сконструировать более эффективные карты, которые расширяют диапазон их выбора, восприятия, поминания смыслов и реакций. Таким образом была изобретена Метамодель психотерапевтического языка ... В результате они пришли к когнитивно-поведенческой модели психотерапии».

Если из этого гимна в честь авторов НЛП убрать некоторые, не совсем адекватные преувеличения в отношении того, что теория карт, картин или когнитивных моделей реальности, а также их возможных искажений – это «их (т.е. авторов НЛП) теория» – то

всё же можно согласиться с тем, что рассматриваемая модель по всем своим основным характеристикам представляет когнитивно-бихевиоральное направление психотерапии, со всеми его достоинствами и ограничениями. И что несомненным достижением авторов данного метода является весьма удачная попытка – не изобретения, конечно, а формализации – метатехнологического сопровождения психотерапевтического процесса, включая речевое поведение психотерапевта.

Более «локальными», но не менее существенными ограничениями рассматриваемой модели, на наш взгляд, является тот факт, что даже и в сфере метатехнологического оформления психотерапевтического процесса – «краеугольного камня» НЛП – авторы прошли мимо такого его важнейшего компонента, как «Я-техника», запускающего механизмы двухуровневой психотерапевтической коммуникации (предлагаемое описание термина «конгруэнтность» не передаёт суть данной основополагающей метатехнологии). А такие рекомендуемые способы установления раппорта, как «отзеркаливание» статуса пациента – это доказано в соответствующих корректных экспериментах – чаще всего вызывает реакцию испуга и отторжения у последнего.

Что касается ключевого компонента теории – обоснования возможности быстрых и существенных изменений, достигаемых за ограниченные временные периоды (как раз то, в чём апологеты НЛП, с их слов, особенно преуспевают) – то именно этот фрагмент теории, с нашей точки зрения, недостаточно концептуализирован. А объяснения в духе того, что скорость терапевтических изменений зависит исключительно от «правильного» или «неправильного» применения рекомендованных структурированных техник – представляется чрезмерно упрощённым.

Ещё одним важным фактором, ограничивающим процесс сущностного сближения и имплементации рассматриваемой методологии в общее поле известных психотерапевтических модальностей (например, в виде обязательных или факультативных курсов по метатехнологическому оформлению терапевтического процесса), является доминирование практически единственного на сегодняшний день рекламно-экспансивного вектора развития данного метода. Нейролингвистическое программирование продвигается в основном как некий разработанный товарный продукт, с использованием всех возможных приёмов агрессивной рекламы, им же и разрабатываемых. Что, однако, не подменяет наличие подлинно научной и масштабной исследовательской программы и не обеспечивает интегративного выигрыша в долгосрочной перспективе развития профессиональной психотерапии.

Результирующий анализ рассматриваемой модели по второму блоку критериев Куна-Опазо показывает следующее. Разработанный в рамках данной

модели способ формализации метатехнологического сопровождения психотерапевтического процесса соответствует, в общих чертах, первым пяти критериям и не соответствует шестому критерию в схеме Куна-Опазо.

Анализ НЛП с использованием третьего блока комплексных критериев показывает наличие соответствие по первому, второму, третьему, двенадцатому, тринадцатому; частичного соответствия по шестому, седьмому, одиннадцатому; несоответствия по всем прочим критериям, в т.ч. и ключевые.

На основании всего сказанного следует констатировать принадлежность интеграционной модели нейролингвистического программирования, ко второму институциональному уровню становления общей теории психотерапии, с возможностью продвижения к третьему уровню при наличии соответствующей системной исследовательской работы.

Дианализ В.Ю. Завьялова идентифицируется как модель, представляющая теоретический модус интеграции по следующим основаниям.

В самой общей форме дианализ определяется как способ интеграции в психотерапии на основе теоретической интеграции и выявления общих факторов успешной психотерапевтической деятельности (В.Ю. Завьялов, 2009). То есть речь идёт об охвате в рамках единой теории по крайней мере двух основных интегративных модусов профессиональной психотерапии. Но далее, в связи с утверждением, что «дианализ позволяет работать в самой разнообразной технике, на самых разных регистрах, в любом стиле, который лучше всего подходит к психотерапевту» можно предполагать охват рассматриваемой моделью ещё и третьего интегративного модуса – технического эклектизма. С учётом того обстоятельства, что в такой самодостаточной комбинации ассимилятивный интегративный модус попросту не нужен, исследуемая модель может претендовать на статус «всеххватывающей» психотерапевтической теории и анализироваться именно под этим углом (даже несмотря на то, что сам автор, в своих претензиях на достойное место дианализа в современном майнстриме интегративного движения в психотерапии, так далеко не заходит).

Далее, с учётом сведений о том, что фундаментальные исследования по валидизации и выявлению эффективности дианализа выполняются в Институте физиологии Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (СО РАМН) Российской Федерации (лаборатория психофизиологии) в сотрудничестве с Институтом цитологии и генетики СО РАМН (лаборатория теоретической генетики) – что, вообще говоря, является большой редкостью не только для российской, но и для мировой психотерапии – следует предполагать и наличие масштабной программы соответствующих фундаментальных и прикладных научных исследований. То есть речь может

идти о реальных претензиях рассматриваемой модели на статус полноценной научной парадигмы, объединяющей поле профессиональной психотерапии и обеспечивающий искомый импульс к развитию психотерапии как научной дисциплины.

Всё сказанное требует более детального анализа содержательных характеристик рассматриваемой интегративной модели.

Итак, двигаясь по основным структурным компонентам диагностики (в целом эти компоненты соответствуют традиционному описанию психотерапевтической модальности) отметим, что в качестве исходных фундаментальных посылок разработанного метода автор называет: концепт личности Л.С. Выготского (личность есть результат культурно-исторического развития); концепты личности и мифа А.Ф. Лосева (личность есть «самое конкретнейшее и очевидное» проявление разумной жизни человека; миф – чудесная история личности, данная в словах); концепцию психики Л.М. Веккера (психика есть синтез психических процессов и их результатов; при условии того, что результаты будут описываться на адекватном для них языке, отличном от того, который используется при описании психических процессов); концепцию патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева, в которой происходит выявление и разрешение психологического конфликта (как варианта противостояния противоположностей или амбивалентности); единую теорию конфликта В.А. Светлова.

При этом В.Ю. Завьялов отмечает, что «Диагностика нисколько не претендует на некие новые знания в этой области ... главное – организовать фундаментальные знания о человеке в реальный план помощи». Таким образом, в соответствии с вышеизложенной логикой, диагностика – это и есть наиболее эффективный способ организации такого рода знаний в некий универсальный план психотерапевтической помощи человеку, переживающему жизненные затруднения.

Далее этот универсальный план раскрывается при помощи таких концептов-инструментов, как: *аксиомы* (или базисные положения); *пентада* (т.е. диалектическая символология, используемая как обоснование главных компонентов психотерапевтической работы) и *декалог* (подборка принципов достаточной и многосторонней помощи); а также практических инструментов (протокол и базовые техники).

Содержание этих теоретических концептов и практических инструментов стоит рассмотреть подробнее.

Так, в качестве основных аксиом, которые «комплексно и однозначно описывают предпосылки диагностики» (т.е. это все же основные положения, а не «фундаментальные допущения», прописываемые в методических рекомендациях «Что такое диагностика», 2005) автором называются следующие:

– *Аксиома помощи* (всё, что делает психотерапевт – помочь другому человеку в лучшем понимании действительности и своих реальных возможностей преобразовать эту действительность. Цели «воздействовать на психику, а через психику на весь организм с лечебной целью» нет);

– *Аксиома проблемы* (проблема есть попытка клиента соединить несоединимое или разделенное. В чем-то эта попытка удалась, в чем-то нет, поэтому и возникает необходимость вернуться к проблеме и найти более удачный синтез. Никакую человеческую проблему нельзя «решить», можно только понять то, какие базовые противоречия сошлись в конкретной проблеме. Решаются задачи, которые формулируются при понимании заявляемой проблемы. Решаемая задача – это удачный «локальный синтез» противоречий: примирение противоречий в пространстве и времени. Любое затруднение – внешний конфликт, внутренний конфликт, симптом (или расстройство) можно понять как проблему);

– *Аксиома реальности* (реальность – источник проблем. Реальность – это множество объектов, с которыми человек устанавливает определенные взаимоотношения. Не всегда эти отношения гармоничны, чаще всего – противоречивы. Не нашедшие примирения противоречия являются источником проблем для личности);

– *Аксиома личности* (личность – носитель проблемы и в то же время – источник смысла. Внутри личности («душе») противоречий нет. Делимость и структура – основные условия формирования противоречий – есть в «Я»-образе, который сам по себе есть предмет самосознания, а не ядро личности);

– *Аксиома символа* (символ – выразитель проблемы). Задача психотерапевта создать такую социальную ситуацию (доверие и безопасность), чтобы в диалоге с ним клиент смог максимально полно и всесторонне выразить через символическую систему, т.е. через слова, и символы неверbalной коммуникации – свои противоречивые отношения с реальными объектами).

Здесь мы обращаем внимание на два существенных, с нашей точки зрения, момента. Автор отказывается от такой «двухфазной» системы целеобразования, как «воздействия на психику, а через психику на весь организм с лечебной целью» по тем основаниям, что «во-первых, далеко неясно, «болезнь» ли то, с чем обращается клиент; во-вторых, далеко не ясно, несут ли действия психотерапевта реальные улучшения жизни клиенту; в-третьих, никакого прямого воздействия на психику в процессе психотерапии не производится» (В.Ю. Завьялов, 2009). Однако в вышеизложенном целеполагании ни о каком «прямом» воздействии на психику не говорится. Так же, как и не говорится о влиянии на «болезнь»: организм человека – это ещё не патология.

А с учётом того обстоятельства, что диагностика проходит процедуру валидизации как раз в лабора-

ториях психофизиологии, цитологии и генетики РАМН – что явно противоречит вышеприведённому тезису – смысл обозначенного ограничения в целеполагании теряется (или же, пользуясь идеологией Дианализа – необходимо, наоборот, обнаружить смысл такого противоречия и выдвинуть идею по его диалектическому развитию с достижением некоего нового уровня целостности).

Второй существенный момент связан с тем, что автор в качестве основного носителя проблем обозначает личность, а главного «источника» противоречий – структурный и делимый «Я» – образ, в то время как внесознательные инстанции психического, как и весь динамический аспект взаимодействия (в том числе конфликтного и противоречивого) осознаваемых и внесознательных инстанций психики субъекта, остаются в тени по причине «отсутствия особой необходимости». Такую ситуацию в сфере аксиоматического поля рассматриваемого метода ещё можно объяснить, если бы речь шла исключительно о консультировании. Но дианализ позиционируется автором, прежде всего, как «способ интеграции в психотерапии», который может использоваться и в консультировании (В.Ю. Завьялов, 2009). Следовательно, в рассматриваемом дискурсе речь идёт лишь о такой «теоретической интеграции», которая охватывает направление когнитивной психотерапии. Последний тезис подтверждается не абсолютной, но, тем не менее, достаточно акцентированной (в контексте общего содержания последней аксиомы и технического оформления метода) приверженностью автора к когнитивному, словесно-логическому уровню трансформации субъективного опыта.

Следующий основополагающий конструкт дианализа – *пентада* – расшифровывается автором как глубокий синтез феноменологии и диалектики, «стиль сложной и тонкой диалектики», используемый в целях: 1) обработки содержания симптома; 2) понимания личности клиента; 3) исследования социального контекста проблемы; 4) рефлексии самой помощи; 5) построения этапов помощи и разработки технических приемов терапии и консультирования. Такой мыслительный стиль диалектической символологии включает следующие сущностные моменты: «тезис – антитезис – синтез»; «факт, или ставшее», «миф и символ – не становящееся». Таким образом, дисциплинированное в духе приведённых тезисов диалектическое мышление специалиста, действующего в системе дианализа, не останавливается на неком произвольно найденном синтезе противоречий. Найденный синтез должен быть обнаружен ещё и в своей реализации, фактичности и телесности (четвёртый момент), а также в символе и персональном мифе клиента (пятый момент), что в целом подвигает специалиста к глубокому синтезу знаний о человеке как личности. Кроме того, такой подход – по мысли автора – позволяет избе-

жать «персональной методологии», когда личность психотерапевта является «мерилом всех проблем клиента».

Заметим, что в этих последних утверждениях просматривается намёк на возможность некоего «объективно-беспрестрастного» мышления, и такого же «объективного знания» о самых что ни на есть субъективных сущностях, представляющих предмет психотерапевтической практики. Но, по какому-то странному обстоятельству – не науки.

Здесь мы позволим себе высказать предположение, что именно этот последний авторский тезис не был в полной мере опосредован вышеназванным диалектическим стилем, а законсервировался на стадии утверждения антитезиса того, что психотерапия не может быть наукой по определению своего основного предмета. Это противоречие, на наш взгляд, также нуждается в осмыслении и, по крайней мере, попытке конструктивного развития и доведения до стадии синтеза в вышеприведенной логической схеме.

Ещё один основополагающий концепт дианализа – *декалог* – описывается автором как схема десяти общих факторов эффективности психотерапии. При этом были обобщены как литературные данные, так и личный опыт автора, позволившие в итоге предложить следующую схему: *диада* (создание терапевтических отношений между терапевтом и клиентом); *диагнозис* (познание жизненной ситуации клиента вдвоем, объединенным сознанием, осознанием терапевтической спасительной идеи); *диалог* (терапевтическое средство персонализации спасительной идеи); *дилемма* (терапевтическая процедура создания ситуации выбора, где личность клиента проходит своеобразное «крещение выбором», взрослеет); *динамика* (терапевтическая динамика, реализация идеи, плана выздоровления); *диалектика* (терапевтическая логика, скрепление текущего бытия в целостную смысловую картину необходимых преобразований, в «сюжет выздоровления»); *диверсификация* (терапевтический перенос положительного опыта, полученного в психотерапевтическом кабинете, в другие сферы личного бытия клиента, «инвестиции» личностного смысла в полезные дела); *дивергенция* (терапевтическое расширение связей с другими людьми); *диететика* (терапевтическое потребление, здоровое потребительское поведение, рациональное потребление всего, что потребляет человек как личность, включая образы, знания, идеи, впечатления); *диатриба* (терапевтическое оправдание и защита здорового образа жизни).

Обозначенная система общих факторов терапии, которую также можно считать центральными понятиями – принципами метода, раскрывает и конкретизирует стиль терапевтической диалектики – «пентады». Кроме того, указанные понятия – принципы, по мысли автора, можно одинаково успешно употреблять для объяснения: 1) целей терапии и консуль-

тирования; 2) процесса терапии и консультирования; 3) результата терапии и консультирования. Несомненным достоинством последнего инструмента является возможность описания процесса терапии с использованием словаря терминов декалога (т.е. сделан реальный шаг по формированию общедисциплинарного тезауруса). С помощью этого же словаря можно детально описывать и словесно фиксировать результаты работы консультанта-терапевта и его клиента (т.е. параметры декалога выступают в качестве универсальных параметров оценки эффективности терапевтического, консультативного процессов).

«Местом» синтеза универсальной логики (пентады), принципов – понятий практического использования этой логики в терапевтическом и консультативном процессе (декалога), профессионального алгоритма и вместе с тем возможностей по реализации творческих подходов к проблемам личности клиента – является разработанный автором Протокол дианализа. Данный инструмент системной организации и анализа дианалитической практики содержит разделы, описывающие формализованную программу помощи: стадии помощи (всего 5); процесс помощи, расписанный по сторонам клиента, терапевта и основным пунктам.

С полным основанием Протокол дианализа можно считать не только инструментом оценки, но и обеспечения качества психотерапевтической помощи – едва ли ни единственным в своем роде.

Базовые техники, разработанные и используемые в дианализе, выстраиваются вокруг пентадного принципа помощи и консолидируются в «формы» дианализа. Последние определяются автором как устойчивые, универсальные способы работы с сознанием клиента, методы выявления, понимания и обработки содержания психической деятельности. Таких обобщённых форм выделяется всего пять – по числу моментов пентады: интервью, дискуссия, дисасинтез, реорганизация, амплификация. Но в принципе «...дианализ позволяет работать в самой разнообразной технике, на самых разных регистрах и уровнях, в любом стиле, который лучше всего подходит терапевту» (В.Ю. Завьялов, 2009).

Весьма примечательным и требующим, на наш взгляд, особого внимания является замечание автора о том, что, несмотря на отсутствие в теории дианализа термина «бессознательное», когда это необходимо (с точки зрения обеспечения эффективности технических подходов) используются более конкретные и точные термины: автоматизмы, установки, реакции, побуждения, потребности, уровни сознания, самосознания и осознания. Полагаем, что здесь также присутствует некое противоречие, которое требует объяснений.

Что касается содержания и оценки других блоков описания метода дианализа – обучение, профессиональные стандарты, исследования, оценка

перспектив – то здесь никаких вопросов не вызывает лишь блок «Обучение». По блоку профессиональных стандартов описываются лишь заимствованные стандарты диагностики (т.е. фрагмент только одной группы профессиональных стандартов из пяти возможных). По блоку «Исследования» отсутствует детальное описание базисной исследовательской программы, из которой были бы ясно выводимы перспективы развития метода. Не хватает данных о масштабных презентативных исследованиях, доказывающих преимущество дианализа в сравнении, например, с методами классической когнитивной терапии А. Бека, эмотивно-рациональной психотерапии А. Эллиса, другими близкими модальностями.

Здесь же становятся понятными основные ограничения и противоречия рассматриваемой интеграционной модели. Они, во-первых, кроются в совершенно определённой метапозиции автора, занимаемой в отношении научных знаний в области психотерапии и озвучиваемой следующим образом: «...необходимо мужественно признать факт «ненаучности» настоящей человеческой психотерапии. Научный подход никакой целиности личного бытия человека не создаёт. Наоборот, наука все перемалывает и разлагает на «сыедобные» кусочки, оставляя после себя «кучу разобранного» материала» (В.Ю. Завьялов, 2010).

Таким образом, обосновывается оформление лишь такого методологического прорыва в общем векторе интегративного движения, который связан с разработкой так называемой психотехнической теории (Ф.Е. Василюк, 1992) или технологической парадигмы (А.В. Юрьевич, 2008). Это, собственно говоря, и реализовано в наиболее полном и законченном виде в модели дианализа.

Система фундаментальных допущений, представляющая основу подобного подхода к интеграции в сфере профессиональной психотерапии, на самом деле сводится к одному простому утверждению: психотерапия, предметная сфера которой представлена субъективным содержанием, не может быть наукой вследствие имеющихся в системе кодифицированных научных знаний ограничений.

При этом абсолютно ясно, что свои собственные ограничения (апологетами психотехнических теорий и «парадигм» так и не были найдены и обоснованы возможности синтеза «объективных» (т.е. информации 1-го порядка) и «субъективных» (т.е. информации 2-го порядка) характеристик общего информационного полюса реальности в рамках подлинной научной парадигмы, либо новой эпистемологической платформы) авторы этих тезисов приписывают науке – а как же иначе? Ведь не нам же развивать науку. Это она нас должна развивать.

Такого рода констатация, а также «попутное» прояснение того, что разработанные интегративные модели – без такого обоснованного синтеза на бо-

лее высоком уровне – не могут рассматриваться как подлинно научные, возможно, потребует ещё большего мужества, чем признание «факта ненаучности настоящей человеческой психотерапии». Но разве для этого пишутся мифоутверждающие тексты? Да нет же! Допустить в поле профессиональной психотерапии, хотя бы призрак, «тень» инструмента фальсификации, – значит серьёзно угрожать массиву «психотерапевтических джунглей». А если не будет этих «джунглей», то что же тогда будет давать кислород, столь необходимый для поддержания жизни авторов психотехнических теорий?

К чести автора дианализа, следует отметить его инициативу и активность в отношении процедуры валидизации метода с использованием психофизиологических и других «объективных» параметров. Наличие противоречия в этих, с нашей точки зрения, абсолютно оправданных научных установках, с одной стороны, и контрапунктивных высказываний автора относительно нулевой ценности научного подхода в психотерапии – с другой, объясняется, с нашей точки зрения, вполне понятным желанием автора позиционировать дианализ в общем поле клинической, патогенетической психотерапии как отдельный и самодостаточный метод.

Другое идентифицированное противоречие, заключающееся в абсолютно нелогичном и неоправданном «вытеснении» психодинамического аспекта из аксиоматической сферы дианализа, и, наоборот, включение функциональных механизмов «бессознательного» в техническую часть метода – можно объяснить таким же понятным образом. Случись иное, дианализ пришлось бы переквалифицировать в какой-нибудь дипсилоанализ или обосновывать возможность синтеза когнитивно-бихевиорального и психодинамического направления психотерапии на основе принципиально новых подходов. Ибо такие небезуспешные попытки в истории мировой и отечественной психотерапии уже были.

Для оригинальной психотехнической теории, какой, в сущности, и является дианализ, это совершенно избыточные сложности. Какая-то принципиально новая или традиционная концепция бессознательного здесь действительно не нужна, так как нет идеи того, каким образом эти концепты могут усиливать самодостаточную конструкцию метода (например, прояснить механизмы обеспечения скорости терапевтических изменений).

Таким образом, все эти «нестыковки – оговорки», идущие вразрез с логикой, с нашей точки зрения, являются свидетельствами имеющихся ограничений, которые необходимо учитывать при дифференциированной оценке дианализа и определении потенциала развития данного метода.

Результирующий анализ рассматриваемой интегративной модели по второму блоку критериев Куна-Опазо, с учётом всего сказанного, показывает следующее.

Разработанная В.Ю. Завьяловым психотехническая теория, формализующая процесс психотерапии, соответствует первым пятью критериям в схеме Куна-Опазо, но не соответствует шестому – основному критерию, так как в данном случае речь не идёт о подлинно научной парадигме (что касается вопроса о существовании каких-то отдельных технических парадигм, то, по определению, это могут быть лишь концепции, а не парадигмы).

Оценка дианализа с использованием комплексных критериев третьего оценочного блока показывает соответствие по первому, второму, пятому, двенадцатому; частичное соответствие по третьему, шестому, седьмому, одиннадцатому, тринадцатому, четырнадцатому; несоответствие по всем прочим критериям, включая ключевые.

На основании всего сказанного, при очевидных достоинствах дианализа, как, возможно, единственной на сегодняшний день философски обоснованной и законченной психотехнической теории, данную интегративную модель следует отнести ко второму институциональному уровню становления общей теории психотерапии.

При основательной проработке имеющихся ограничений, касающихся, в основном, психотехнического формата заявляемой интегративной модели как единственно возможного, существуют внятные перспективы продвижения дианализа к третьему институциональному уровню в качестве подлинно научной психотерапевтической системы – парадигмы, открытой к надсистемному синтезу.

Супрапарадигматическая интегративная модель Р. Опазо, по определению является способом метатеоретического синтеза с обоснованием возможности существования общей теории психотерапии в виде совокупности парадигм, заимствованных из других областей знаний, но имеющих непосредственное отношение к психотерапии. Эти парадигмы – по мысли автора – объединяются в суперструктуру за счёт системообразующей активности центрального и являющегося главным в психотерапевтическом процессе фактора. Формируемая таким образом метатеоретическая конструкция заведомо превосходит по своим выходным характеристикам сумму всех ассоциированных частей и является открытой, научно-обоснованной информационной системой, предрасположенной к интенсивному развитию.

Таковы основные установочные позиции, определяемые Р. Опазо, директором Чилийского института интегративной психотерапии, в отношении разработанной им супрапарадигматической интегративной модели.

Автор считает, что представленная им интегративная модель «копируется на современные данные и хорошо согласуется с существующими фактами».

Тут же им обозначаются и общие критерии дееспособности разработанной модели, используя которые можно сравнительно легко определить, была ли достигнута установочная цель. Таких общих критерия всего три:

- интегративная модель должна быть достаточно всеобъемлющей, чтобы включать в себя все ценные знания;
- эта модель должна обеспечить базовые критерии, которые позволяют отобрать информационно и создать общий каркас, на основе которого можно будет концептуализировать любые новые факты;
- супрапарадигматическая интегративная модель должна содержать основополагающие допущения на эпистемологическом, методологическом, парадигматическом уровнях.

Далее автор формулирует основной результат, который должен быть получен в фундаментальной теории (должны быть уточнены значения реальности, параметры восприятия, оценки знания, процедур исследования, парадигм причинно-следственной связи и роли «Я» как интегративного ядра), а также прикладной теории и практики (должен быть обеспечен фундамент единой психотерапии, который включает описание механизмов изменений, процессов изменений, уровней изменений, сил приводящих к изменениям, процедур оценки, терапевтических стратегий, техник и т.д.).

Таким образом, перед нами очень серьёзная заявка на признание за авторской моделью статуса всеобъемлющей и основополагающей теории психотерапии (в том случае, конечно, если все обозначенные высокие планки будут достигнуты).

Заявка, возможно и состоятельная в своей констатирующей и общей части, касающейся прояснения контекста и проблемного поля, в котором существует профессиональная психотерапия. Но всё, что определяет процесс продвижения к обозначенным целям (тут же отметим и некоторую фрагментарность, и непоследовательность в фундаментальном целеполагании), пока что ставится под очень большой вопрос.

Методологическая слабость данного проекта чувствуется уже в обосновании фундаментальных допущений, которые, собственно, и формируют каркас рассматриваемой конструкции.

Следует отметить, что главный тезис, предваряющий изложение базисных эпистемологических, методологических, парадигматических допущений – «Мы нуждаемся в новой установке, новой системе координат, чтобы иначе организовать имеющиеся факты» – так и не был реализован, ни полностью, ни даже частично.

Так, например, в разделе, посвящённом описанию эпистемологических установок, вместо того чтобы определить наличие таких фундаментальных установок, проанализировать их ограничения и предложить нечто новое достойное внимания, – нам

предлагают тезис того, что «эпистемологические установки не могут быть объединены. Тем не менее возможно выделить лучшее в каждом из подходов, так как ни один из них не является полностью истинным или полностью ошибочным». Далее этот тезис развивается в идеи Р. Опазо о когнитивном биосредством единстве, основывающейся на том, что и биологические (активность нервной системы, врожденные предпосылки, ощущения и механизмы восприятия) и средовые (актуальные стимулы, воспоминания, основанные на опыте) компоненты присутствуют в каждом знании, и вместе они создают когнитивное целое.

Однако все эти рассуждения, во-первых, не являются чем-то новым в когнитивной науке. Во-вторых, идея о биосредовом единстве отнюдь не заменяет собой проработанный уровень и идею надсистемного синтеза. Наконец, в этих рассуждениях г-на Опазо уже явно просматривается «призрак» биopsихосоциального подхода, который – как мы вскоре убедимся – есть основополагающая идея супрапарадигматического синтеза в анализируемом дискурсе (если отбросить все многочисленные и, по сути, никуда не ведущие отступления, бесконечное цитирование и воспроизведение хорошо известных истин). В рамках этой конструкции не содержится оригинальной идеи в отношении и парадигмального либо надпарадигмального оформления особым образом организованной и открытой к развитию системы знаний. И если Р. Опазо считает, что из данной трёхкомпонентной структуры можно каким-то образом извлечь фрагмент «психо», презентировать этот компонент в качестве основного системообразующего фактора, и обозначить всё это «супрапарадигматической интегративной моделью» (а именно такой способ построения и прослеживается в исследуемом дискурсе), то это отнюдь не исконая оригинальная идея надпарадигмального синтеза, а, скорее, некая «хирургическая» операция по вживлению аутотранспланта, ценность которой весьма сомнительна.

В разделе, посвящённом описанию методологических допущений (помимо известных описаний того, что есть метод вообще; феноменологический/интроспективный и эмпирический/экспериментальный метод в частности), автор задаётся вопросом: «Каковы же методологические допущения рассматриваемой модели, позволяющие внести упорядоченность, овладеть более совершенными знаниями и интегрировать их в единое целое?» И вот в качестве ответа нам предъявляют набор следующих, хорошо известных принципов:

- необходимо преодолевать «идеологические» предпочтения и «эффекты лояльности» исследователей, что позволяет достичь идеологической «нейтральности»;
- необходимо придерживаться идеологической открытости; гипотеза и теории из различных источников должны быть охотно рассмотрены;

– необходимо, по мере возможностей, обеспечивать точность; гипотезы должны быть чётко сформулированы, чтобы их можно было проверить. Интроспективная методология и эмпирические исследования, направленные на эти общие цели, должны объединять усилия;

– корректная научная установка и непредвзятость позволяют найти верное применение для каждой процедуры, включая эксперимент, интроспекцию, интуитивные догадки, логические построения, последовательное тестирование, двойной слепой метод, метод плацебо, концепцию клинически значимых изменений и др.

Всё вышесказанное – это изложение принципов доказательной исследовательской практики, которая в течение последних десятилетий используется при апробации методов, имеющих отношение к здоровью человека; а также – принципов построения общей методологии исследовательского процесса.

Это понятно. Ведь если на предыдущем этапе так и не были идентифицированы фундаментальные эпистемологические ограничения, препятствующие эффективному парадигмальному и надпарадигмальному синтезу в общем поле психотерапевтических теорий, то ни о каких обновлённых методологических допущениях речи быть не может.

Автор в завершении этого раздела ещё только ставит задачу «создать науку о человеке, которая будет точна в исследовании и поверхности, и глубин психики».

Что же касается основных идей раздела «Парадигматические допущения», то все они концентрируются вокруг проблемы причинности в психологии и психотерапии, признания того факта, что «перенесение концепции причинности из макрофизической реальности в психологическую представляется сложным», а также того, что «Все эти сложности, касающиеся применения принципа причинности в психологии, позволяют объяснить многие трудности и разногласия».

Квинтэссенцией всех этих рассуждений и, собственно говоря, основным системообразующим стержнем рассматриваемой супрапарадигматической модели является следующее утверждение автора: «Существование множества различных психотерапевтических подходов не означает наличия такого же количества парадигм причинности ... В рамках разработанной модели можно выделить шесть основных парадигм детерминации: биологический, средовой/бихевиоральный, когнитивный, аффективный, бессознательный и системный подходы. Понятие «Я» позволяет придать объединению этих подходов внутреннюю целостность ... Эти шесть парадигм причинности чётко сформулированы и хорошо исследованы. Каждая из них может представить факты, касающиеся прогнозирования и изменений. Эти шесть парадигм в сочетании с понятием «Я» являются достаточно всеобъемлющими, чтобы

включить любые достоверные факты каждого из многочисленных психотерапевтических подходов».

В следующих разделах, автором излагается содержание каждой «причинной парадигмы», а также принцип их ассоциации вокруг центрального, системообразующего фактора «Я».

При этом, к большому сожалению, каких-то новых данных, поворотов в интерпретации, пусть даже и гипотетических, мы здесь не встречаем.

Возьмём, к примеру, концепт (в рассматривающей модели этот концепт обозначается как «парадигма») бессознательного. Здесь автор цитирует четыре известных определения данного феномена, достаточно противоречивых, и без каких-либо авторских комментариев. Далее в духе прописной истины он высказывает то, что «определенные процессы и образования, находящиеся вне нашего сознания, могут влиять на формирование эмоций, когниций и поведения. Влияние бессознательного на наше поведение подтверждается различными исследованиями». И вот именно в этом, по мнению автора, и заключается парадигма бессознательной детерминации. Интересен в данной связи и заключительный пассаж соответствующего раздела, где говорится о том, что «кроме информации об эффективности психодинамической терапии, у нас слишком мало данных о ней, чтобы понять, какие механизмы лежат в основе её воздействия».

В описании системной парадигмы, помимо цитируемых расхожих определений и понятий, что есть система, мы встречаем лишь следующие утверждения: «проблема точности исследования в рамках системного подхода труднодостижима», «серёзная сложность этой области заключается в противоречии между рассуждениями о системах и применяемыми методами их исследования». При этом каких-либо способов в преодолении этих сложностей или даже намёков на такую возможность автор не предлагает и не делает. Более того, вообще не прослеживается никаких попыток объединить системную «парадигму» с главным системообразующим стержнем всей супрапарадигматической конструкции – концептом «Я». Таким образом, смысл этой шестой «парадигмы» совершенно теряется.

Что же касается этого главного компонента рассматриваемой модели, то здесь, помимо традиционных и, на наш взгляд, совершенно избыточных цитирований, автор утверждает, что именно в точке «Я» сходятся все поименованные причинные «парадигмы». При этом «супрапарадигматическая» активность «Я» описывается следующим образом: «В рамках рассматриваемой интегративной модели «Я» выполняет четыре основные функции: обеспечивает идентичность и саморегуляцию, придает личностный смысл индивидуальному опыту, осуществляет контроль над поведением».

Заметим, что всех этих аргументов явно недостаточно, для того чтобы обосновать системообра-

зующую роль «Я»-фактора в сложной многокомпонентной системе причинных «парадигм». А для аргументации возможности влияния через «Я» на биологическую, микросоциальную и прочие составляющие проблемной ситуации, с которой клиент обращается к психотерапевту, все эти «парадигмальные» нагромождения абсолютно не нужны, ибо никакого другого способа реализации этого активно-терапевтического влияния на проблемную ситуацию попросту не существует. О чём в несколько прямолинейном духе повествует известное с ещё «советских» времен определение психотерапии как «способа воздействия на психику, а через психику на весь организм».

Очевидная методологическая слабость несущих теоретических положений рассматриваемой модели транслируется на все последующие разделы, раскрывающие «конкретный вклад разработанной интегративной модели». При этом выясняется, что как раз такой вклад сделать чрезвычайно затруднительно, поскольку «супрапарадигматическая модель утверждает, что в психологии причины спрятаны во множестве переменных, результаты действия которых часто остаются скрытыми. Кроме того, сложность психологической системы такова, что эти результаты могут быть нивелированными различными подсистемами». Но если это так, то какую же функцию в преодолении всех этих сложностей выполняет разработанная автором модель? Конкретного ответа на этот вопрос в практической части основного дискурса (Р. Опазо, 2006) мы не находим. Многочисленные выдержки, цитирующие известные сентенции о важности общих и специфических факторов терапии, здесь, разумеется, в счёте не идут.

В самом деле, по прочтению основополагающего труда Р. Опазо «В центре урагана: супрапарадигматическая интегративная модель» возникает полное ощущение того, что ты побывал отнюдь не «в центре урагана», а на митинге, организованном в поддержку интегративной психотерапии. Произносится много, в целом, правильных лозунгов, но никакой существенно-конструктивной программы по реализации этих лозунгов не предлагается – это ведь не дело митингов, здесь основная задача – воодушевить «массы».

И всё же следует отдать должное мужественному порыву автора и в целомциальному направлению такого «замаха» – в сторону парадигмального и надпарадигмального синтеза. А также согласиться с тем авторским утверждением, что важным моментом предлагаемой модели являются критерии оценки информационной системы, построенной по принципам научной парадигмы и открытой к надпарадигмальному синтезу. Эта оценочная система зарекомендовала себя в нашем комплексном исследовании наилучшим образом.

Но также очевидно, что сама по себе супрапарадигматическая интегративная модель Р. Опазо

лишь частично соответствует четырём первым критериям в его же схеме (Куна-Опазо) и не соответствует пятому и шестому критериям. С общим неутешительным выводом в отношении того, что представленная модель не является научной парадигмой, и тем более она не является упорядоченной надпарадигмальной научной системой, предрасположенной к осмысленному исследовательскому синтезу.

В отношении комплексных оценочных критериев (оценочная схема 3) следует отметить лишь частичное – крайне слабое – соответствие по первому, второму, третьему, пятому, одиннадцатому, двенадцатому критериям; и несоответствие по всем прочим критериям, в том числе – ключевым.

Конструкцию, представленную Р. Опазо (2006), можно было бы обозначить как «теоретическая эклектика» со слабо проработанными системообразующими принципами и отнести ко второму институциональному уровню становления общей теории психотерапии.

Транстеоретическая модель терапии Д. Проказки, Дж. Норкросса идентифицируется как модель, представляющая теоретический модус интеграции по следующим основаниям.

Будучи у истоков создания рассматриваемой модели, авторы, по их собственным словам (Дж. Проказка, Дж. Норкрос, 2001), намеревались сконструировать такую модель психотерапии и изменения поведения, которая может черпать из всего спектра основных теорий – отсюда и обозначение разработанной модели как «транстеоретической».

При этом авторы руководствовались главным синтетическим принципом – сочетания фундаментального многообразия и сущностного единства психотерапевтических систем. Далее, они придерживались системы принципов, имплементированных нами в комплексную схему оценочных критериев (третий критерий в комплексном блоке 3), используемую при анализе исследуемых интегративных моделей. Эти принципы в наибольшей степени способствуют эффективности и экологичности транстеоретического синтеза.

В результате, была создана транстеоретическая модель со всеми признаками сущностного единства – такого, которое могло направлять практику и основные принципы сравнительного анализа. И в то же время эта модель оставалась достаточно гибкой, побуждая психотерапевта делать выбор и использовать новые психотерапевтические системы и исследовательские наработки.

Структурно-содержательные характеристики рассматриваемой модели, выстраиваемые в традиционном ключе, обосновывают три ключевых компонента, в совокупности представляющих системообразующий стержень транстеоретической модели. Это *процессы, стадии и уровни изменений*.

Процессы, по определению авторов, это скрытые или явные действия, которые люди предпринимают, чтобы изменить эмоции, мышление, поведение или отношения, связанные с конкретными проблемами или паттернами проживания. После прохождения процедуры эмпирического отбора Дж. Прохазка и Дж. Норкросс определили наибольшую значимость следующих десяти принципов изменения: повышение осознавания, катарсис, самооценка, переоценка среды, самоосвобождение, социальное освобождение, контробусловливание, контроль стимула, управление обстоятельствами, помогающие отношения. Авторы достаточно убедительно аргументируют факт того, что на уровне процессов изменений различий между многочисленными психотерапевтическими модальностями прослеживается гораздо меньше, чем при анализе поверхностных структурно-содержательных компонентов.

Стадии – это второй параметр изменения, которые авторы выявили эмпирическим путём. По определению авторов, стадии представляют собой специфические совокупности установок, намерений и паттернов поведения, связанных со статусом индивида в цикле изменения. Они образуют временной параметр, обусловленный тем, что изменение является феноменом, который раскрывается во времени. Каждая стадия отражает не только период времени, но также набор задач, необходимых для перехода к следующей стадии. Хотя время, затрачиваемое индивидом на каждой стадии, варьируется, задачи остаются теми же самыми. Всего авторами описывается пять стадий: предварительное обдумывание, обдумывание, подготовка, действие и сохранение.

В отношении идентифицируемых уровней изменений авторы высказываются следующим образом: «Иногда нам может показаться, будто мы ограничиваемся одной-единственной тщательно определённой проблемой. Однако реальность не столь сговарчива, а человеческое поведение не настолько просто. И хотя мы можем выделить определённые симптомы и синдромы, они разворачиваются в контексте сложных взаимосвязанных уровней человеческого функционирования». Уровни изменения отражают иерархическую организацию пяти отличающихся, но взаимосвязанных уровней психологических проблем, к которым обращаются в психотерапии: 1) симптомные/ситуационные проблемы; 2) дезадаптивные когнции; 3) интерперсональные конфликты в настоящем; 4) семейные/ системные конфликты; 5) интраперсональные конфликты.

Транстеоретическая модель рассматривает психотерапевтическую интеграцию как дифференцированное использование процессов изменений на специфических стадиях изменений в соответствии с установленным уровнем проблемы. Это и есть стержневая системообразующая формула исследуемой модели терапевтических изменений: как (процессы),

когда (стадии), что (уровни). Интеграция уровней со стадиями и процессами изменений обеспечивает модель иерархического систематического вмешательства для психотерапевтического содержания широкого диапазона. Такая модель иллюстрируется авторами в специальных схемах, наглядно демонстрирующих не только возможность совмещения всех трёх ключевых элементов – процессов, стадий, уровней терапевтических изменений, но и их синергетический тип взаимодействия, возможность и даже необходимость построения соответствующих терапевтических стратегий.

Таким образом, рассмотренные ключевые компоненты являются основными параметрами выстраиваемой интегративной системы координат, обеспечивающей теоретическую комплементарность используемых в рамках данной модели психотерапевтических методов.

В своих графических схемах авторы показывают, что речь действительно идёт о надсистемном синтезе, и что найденные ими ключевые компоненты – параметры, способны генерировать общее и достаточно комфортное пространство для осуществления такого транстеоретического синтеза с соблюдением всех необходимых критерии дееспособности.

Эффективность транстеоретической модели исследуется авторами на протяжении 20 лет. Что позволяет им заявлять о научной обоснованности ключевых конструктов трантеоретического подхода и идеи интеграции стадий, процессов и уровней терапевтических изменений в целом. Лонгitudные исследования подтверждают релевантность основных конструктов рассматриваемой модели для прогнозирования преждевременного завершения и результатов лечения. Сравнительные итоговые исследования указывают на способность стадийно приуроченных вмешательств превосходить лучшие существующие альтернативные методы. Популяционные исследования подтверждают важность разработки вмешательств, которые соответствуют потребностям клиентов на всех стадиях изменений (J. Prochaska, J. Norcross, C. DiClemente, 1995; J. Prochaska, J. Norcross, 2002).

Вместе с тем о каких-то масштабных научных проектах с характеристиками базисной исследовательской программы – реализуемых или планируемых – авторами не сообщается.

Анализ рассматриваемой транстеоретической интегративной модели по блоку критериев Куна-Опазо показывает наличие соответствия по первому, второму, третьему, четвертому, пятому и частичного соответствия по шестому, основополагающему критерию.

Оценка данной модели с использованием комплексных критериев третьего оценочного блока показывает соответствие по первому, второму, третьему, шестому, седьмому, двенадцатому критериям; частичного соответствия по четвертому, пятому,

девятому, одиннадцатому, пятнадцатому критериям; несоответствия по восьмому, десятому и шестнадцатому критериям. Из чего следует, что основные перспективы развития данной модели связаны с разработкой адекватной, масштабной исследовательской программы, возможностью ещё более глубокой концептуализации и верификации процесса терапевтических изменений на всех рассматриваемых стадиях и уровнях (при том, что именно этот фрагмент транстеоретических построений является наиболее состоятельным и проработанным).

В этих условиях можно будет ожидать подлинного прорыва и сущностного (в духе позитивистского крыла науки) обоснования состоятельности претензий профессиональной психотерапии на статус самостоятельной научной дисциплины.

Собственно говоря, это и есть единственное ограничение рассматриваемой транстеоретической модели, не позволяющее ей очень далеко «оторваться» от второго институционального уровня становления общей теории психотерапии. И вместе с тем данная конструкция по всем анализируемым параметрам, безусловно, является наиболее близкой к третьему институциональному уровню, в связи с чем более правильным будет квалифицировать её статус как переходный – между вторым и третьим институциональными уровнями формирования основополагающей и всеобъемлющей теории психотерапии.

Предварительные выводы по анализу вариантов простраивания главных модусов интеграции – ассилиативного, эклектического, теоретического – заключаются в следующем.

Основные системообразующие концепты, представляющие идеологический стержень рассматриваемых интегративных моделей, содержит целый ряд ограничений (мы выделяем три уровня таких ограничений), препятствующих, во-первых, их реальному сближению и трансформации в общий интегративный подход. А во-вторых – полноценной имплементации имеющихся по каждой интегративной модели достижений в зону роста и ближайшего развития наиболее распространенных и востребованных психотерапевтических методов. Среди ограничений первого уровня, присущих собственно идеологии рассматриваемых моделей, можно отметить следующие:

- *системообразующая идея не идёт дальше ассоциированных «школьных» идеологий;*
- *системообразующая идея ограничивается базисными установками заимствованного внешнего концепта;*
- *системообразующая идея учитывает лишь близлежащие практические цели;*
- *системообразующая идея концентрируется лишь на вопросах формирования психотерапевтической теории;*

– *системообразующая идея как таковая несостоятельна* (т.е. имеет место псевдоинтеграция, а не поиск каких-либо общих, универсальных механизмов и принципов терапевтических изменений).

Далее, среди общеметодологических ограничений второго уровня, следует отметить типичные методологические упущения и несоответствия, присущие в основе каждой из анализируемых интегративных моделей:

– *отсутствие проработанной эпистемологической платформы* (если психология в самом общем виде – это наука о субъективном, а психотерапия – наука об адаптивной трансформации субъективного, то абсолютно логичным представляется: 1) первичная диссоциация общего поля активности рассматриваемого вида деятельности на предметную сферу *универсального* (это то, что подлежит переводу на универсальный язык науки, т.е. возможна репрезентация сущностных характеристик этой предметной сферы в категориях «объективной» информации 1-го порядка) и предметную сферу *的独特ного* (это то, что не подлежит процедуре «универсализации», как, например, не должно быть, с точки зрения адаптационного целеполагания, никакого смешения национальных языков: каждый из них – это уникальный способ репрезентации характеристик реальности; другой вопрос, что в этом случае в предметную сферу универсального должен включаться такой компонент, как возможность перевода или понимания уникального субъективного содержания, который Гадамер обозначал как необходимость «герменевтически вышколенного сознания» – характеристики, абсолютно необходимой в деятельности психотерапевта); 2) проработка универсальной части предметной сферы рассматриваемого вида деятельности с её концептуализацией, достижением параметрической определенности, разработкой адекватного тезауруса; формирование первичного базиса для продвижения к статусу научной парадигмы и пр.; 3) генерации главной синтетической идеи того, как могут и должны соотноситься, сочетаться и взаимодействовать универсальные и уникальные составляющие общего поля профессиональной психотерапии);

– *отсутствие необходимого в данном случае предварительного допущения того, что сущностная интеграция психотерапии может быть реализована лишь в ареале науки* при наличии реальных и обоснованных предпосылок к формированию подлинно научной парадигмы (под это определение рассмотренные модели не подпадают, так как не соответствуют критериям принадлежности к научной парадигме); любые другие конструкции, лишённые возможности апробации и фальсификации с помощью доказательной исследовательской практики, являются произвольными и стоят одна другой;

– *отсутствие необходимой в данном случае базисной исследовательской программы*, которая

бы поэтапно продвигала разработанную гипотетическую модель: 1) к статусу признаваемой научной парадигмы, открытой к синтезу знаний и опыта; 2) статусу основополагающей и всеобъемлющей теории психотерапии.

Третий уровень ограничений связан с нерешённой проблемой эпистемологических разрывов и фундаментальных ограничений, присущих уже непосредственно корпусу науки и современной системе кодифицированных научных знаний. Здесь мы отмечаем следующие дефициты:

– *отсутствие абсолютно необходимого, с нашей точки зрения, предварительного эпистемологического анализа рассматриваемой сферы деятельности и сопредельного сектора науки;*

– *дефицит философского и научно-методологического обоснования инновационных подходов, в рамках которых эти фундаментальные ограничения современной науки могут быть преодолены.*

Отсюда понятно, что разработанные на сегодняшний день интегративные модели создавались в основном по образу и подобию сложившихся психотерапевтических систем, каждая из которых, безусловно, представляет апробированный и устоявшийся способ интеграции достаточно объёмного массива сведений и опыта.

При отсутствии очевидных и доказанных преимуществ таких «проявленных» интегративных моделей перед «не проявленными» в данном качестве сложившимися системами психотерапии – никакие умозрительные аргументы в пользу необходимости поступиться хотя бы частью своего «суверенитета» ради «общего психотерапевтического дела» не действуют. Что, собственно, и иллюстрирует хорошо известный факт того, что практически все рассмотренные нами модели, открыто претендующие на статус интегративных, в лучшем случае занимают место общепризнанных психотерапевтических модальностей.

Между тем, в разрабатываемой нами общей теории интегративной психотерапии присутствует ясное понимание важности и необходимости сосуществования множества «языков» психотерапии (направлений, моделей, модальностей) как абсолютно необходимых альтернатив эффективного преодоления кризисной волны адаптиво-кreatивного цикла.

Такое «множество» обозначается в терминах междисциплинарного синергетического подхода как варианты развития открытой динамической системы в условиях кризиса основополагающего параметра порядка. Если принять во внимание, что человек и реальность (в нашем случае, безусловно, включающая субъекта) как раз и являются наиболее масштабными и сложными, открытыми и динамично развивающимися системами, а кризисные параметры порядка есть изжившие себя адаптационные стереотипы, то предлагаемые психотерапевтическими модальностями варианты формирования кризисных альтернатив развития – это и есть

столь необходимая в данном случае «множественная бифуркация». Такого рода альтернативные схемы – это, безусловно, полюс «уникального» в предметной сфере профессиональной психотерапии, который не стоит даже, и пытаться свести к какому-то общему знаменателю.

Но мы здесь хотели подчеркнуть другое. В контексте актуального для нашей темы синергетического внедисциплинарного научного подхода, сценарий катастрофического развития событий (а именно таким образом интерпретируются большинством серьёзных исследователей эволюционные тенденции новейшего времени) предполагает обращение к «стволу» фундаментальных параметров порядка. Последний в разрабатываемой нами теории представлен универсальным алгоритмом адаптиво-кreatивного цикла с такими привносимыми за счёт ресурсной миссии профессиональной психотерапии характеристиками, как: возможность прогрессирующего ужимания во времени; всё более возрастающая роль осмыслинной самоорганизации субъекта и социума; беспрецедентный рост креативного «выхода», а также – все факторы и обстоятельства, способствующие ускоренному формированию данных ключевых характеристик.

Но какие же все эти «факторы и обстоятельства», которые можно и нужно (!) разместить в универсальном полюсе предметной сферы психотерапии и заодно закрыть все вопросы о научном статусе психотерапии? Разрабатываемая нами теория даёт на эти вопросы вполне конкретный ответ:

– *системообразующий дисциплинарный стержень профессиональной психотерапии* (данного стержень представлен: идентифицированными эволюционными контекстами → наиболее востребованым феноменом профессиональной психотерапии → концептом объёмной реальности, аргументирующим динамику сверхбыстрых адаптивных изменений субъекта за счёт особого взаимодействия дифференцируемых субстатусов объёмной реальности; собственно универсальной моделью адаптиво-кreatивного цикла, демонстрирующей алгоритмы конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресурсного потенциала профессиональной психотерапии → моделью трёхуровневой психотерапевтической коммуникации, в полной мере, раскрывающей универсальный потенциала психотерапии → системой макро- и метамишеней, макро- и метатехнологий, конкретизирующих механизмы трёхуровневой терапевтической коммуникации и являющейся необходимой базой для понимания функционального смысла общетерапевтических факторов; системой параметров и индикаторов, оценивающих и скорость продвижения субъекта по этапам и fazam адаптиво-кreatивного цикла);

– *универсальная или базисная исследовательская программа*, идентифицирующая в полном объёме предметную сферу профессиональной пси-

хотерапии, разрабатывающая, в первую очередь, проблематику универсального содержания профессиональной психотерапии;

- *универсальные уровни, мишени и технологии терапевтической коммуникации* (макро- и метауровни, мишени и технологии);

- *универсальные стандарты подготовки специалистов* по этим последним блокам, включаемые в образовательные программы всех основных методов и модальностей;

- *универсальные этические требования*, предъявляемые специалистам, действующим в рамках единого дисциплинарно-коммуникативного сообщества.

Более того, разработанная нами теория ясно указывает на место встречи двух основополагающих и наиболее эффективных стратегий преодоления кризисного варианта развития событий – «умножения числа альтернатив кризисного развития субъекта» и «возврата к стволу фундаментального параметра порядка – универсальному алгоритму адаптивно-креативного цикла» – это этап актуализации антиэнтропийного полюса объёмной реальности, фаза шесть (генерация новых идей, гипотез, альтернатив). За счёт такой специально организуемой в ходе психотерапевтической коммуникации «встречи» обеспечивается существенное ускорение переработки информации и проникновения в суть генерируемых альтернативных смыслов. Формула успеха такой встречи: актуализация эволюционных механизмов скорости гиперпластики + умножение числа конструктивных альтернатив кризисного развития субъекта. Легко заметить, что первое слагаемое в этой формуле обеспечивается универсальным, а второе – уникальным полюсами предметной сферы профессиональной психотерапии.

Таким образом, появляется совершенно необходимая в рассматриваемой сфере гармония и полное соответствие основополагающему критерию дееспособности интегративной теории – возможности объединения силы общих (универсальных) факторов с прагматизмом специфических (Lambert, Bergin, 1992).

Всё вышесказанное позволяет утверждать, что разработанная нами теория психотерапии во многом преодолела идентифицированные уровни ограничений, а значит, может претендовать на статус общей теории, эффективно объединяющей как направления, методы и модальности, так и существующие интегративные схемы профессиональной психотерапии.

Данную новую ситуацию в сфере развития интегративного подхода иллюстрирует рисунок 1 с общей схемой (сводной ментальной картой) существенного, экологически выверенного процесса конвергенции идеологизированных форм и основных интегративных модусов профессиональной психотерапии.

Как видно из представленной на рисунке 1 схемы, проработанный на всех семи уровнях дисциплинарной матрицы (в схеме они обозначены римскими цифрами от I до VII), системообразующий стержень общей теории психотерапии и другие оговоренные характеристики универсального полюса предметной сферы позволяют вывести адекватный интегративный вектор для всех основных структурных компонентов, формирующих каркас профессиональной психотерапии. Это основные интегративные модусы – ассимилятивный, теоретический и эклектический, – обозначаемые соответственно литерами A₁, A₂, A₃; общепризнанные направления профессиональной психотерапии и представляю-

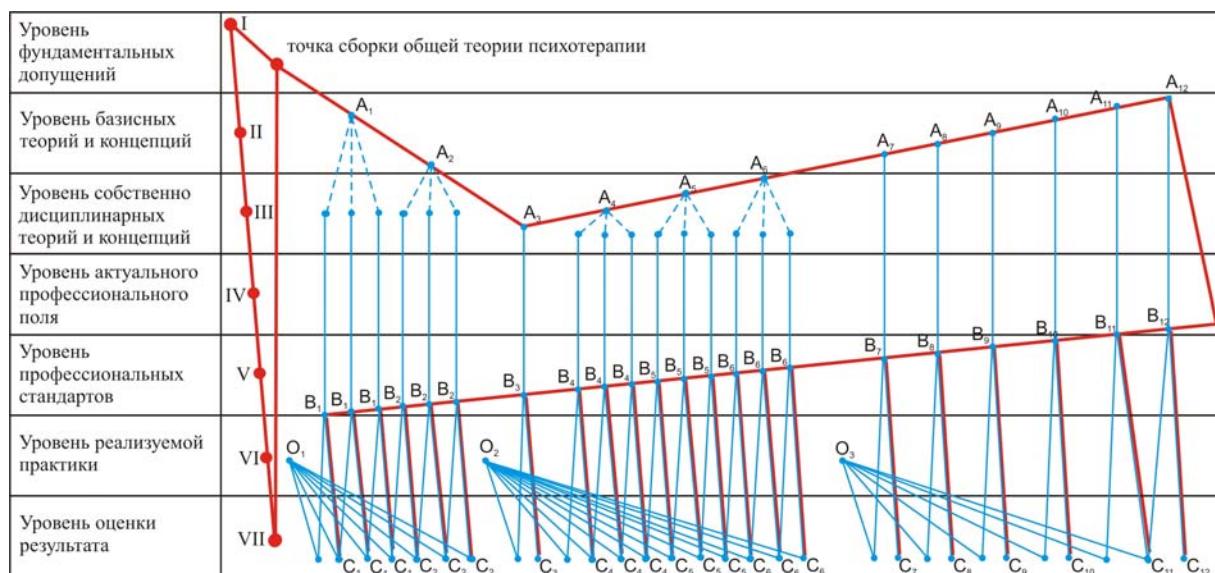


Рисунок 1. Общая схема (сводная ментальная карта) процесса конвергенции основных структурных форм, интегративных модусов в рамках общей теории психотерапии

щие их методы (они обозначены литерами А₄, А₅, А₆); а также – общепризнанные модели психотерапии (психологическая, медицинская, педагогическая и пр.), обозначаемые литерами А₇–А₁₂.

В данной схеме мы стремились показать, что традиционные точки «сборки» обозначенных интегрированных модусов и структурных форм профессиональной психотерапии находятся либо на уровне базисных теорий и концепций (здесь, к примеру, «располагаются» точки сборки практически всех моделей психотерапии, что даёт повод для утверждений в духе того, что психотерапия – это психологическая, философская, специальная педагогическая и др. практика, но, конечно, не самостоятельная наука; наиболее яркая иллюстрация – медицинская модель психотерапии); или же «снижаются» до уровня собственно дисциплинарных теорий и концепций, т.е. не выходят из полюса «универсального» предметной сферы профессиональной психотерапии.

Таким образом, настоящая схема очень хорошо иллюстрирует эпистемологический «капкан», в который попадает психотерапия, желающая продвигаться в науку только лишь проторенными путями. На самом деле, никакого достойного выбора здесь нет: «хотите именоваться наукой – принимайте заимствованную парадигму (например, идею биопсиходисфункционального подхода) со всем прилагаемым инструментарием; но также и попрощайтесь с надеждами на статус самостоятельной научной дисциплины» – таков общий смысл послания, которое мы регулярно получаем от экспертных групп, не продвигающихся в своих изысканиях дальше третьего, второго уровня дисциплинарной матрицы.

Однако схема рисунка 1 иллюстрирует и способ преодоления этого фундаментального ограничения, который основан на глубоком эпистемологическом анализе и проработке всех уровней дисциплинарной матрицы, включая наиболее важный для профессиональной психотерапии – первый уровень фундаментальных допущений (т.е. именно тех обновленных допущений, которые преодолевают будто бы «непоколебимые» базисные ограничения).

Конечно же, такой способ вхождения психотерапии в корпус самостоятельных научных дисциплин нельзя считать «проторенной дорогой» – для прокладывания такого нестандартного пути необходима реализация стержневой исследовательской программы (в понимании И. Лакатос), общее содержание которой приведено в следующих разделах настоящей публикации.

Всё сказанное выше, с нашей точки зрения, обосновывает правомерность использования по отношению к разработанной общей теории психотерапии такого термина как «основополагающая».

Что же касается другого важнейшего качества, определяемого термином «всеобъемлющая», то его присутствие в рассматриваемой схеме иллюстрируется интегрирующим вектором, сфокусирован-

ным в точке сборки общей теории психотерапии. Здесь необходимо отметить, во-первых, что предварительно были проработаны все уровни дисциплинарной матрицы и предметная сфера психотерапии, и только после этого точка сборки была выведена в первый уровень дисциплинарной матрицы. А во-вторых – обратить внимание на то, что к этой же точке присоединяется интегративный вектор – модус общетерапевтических факторов. То есть это действительно «место» общей сборки всех возможных структурных форм и общих факторов психотерапии. Далее, общий интегративный вектор охватывает все без исключения структурные формы и интегративные модусы (А₁-А₁₂), и что очень важно – присутствует на уровне профессиональных стандартов этих же охватываемых конструкций профессиональной психотерапии. То есть универсальные макро- и метатехнологические уровни психотерапевтической коммуникации, представленные соответствующими мишенями, технологиями, стратегиями и фрагментами квалификационного и образовательного стандартов, здесь дополняют соответствующие содержательные компоненты известных моделей и методов, усиливая эффективность последних. А, значит, «выиграли все, и все получили призы».

И ещё одна важная характеристика разработанной общей теории – определяемая как «гармоничная», «экологически выверенная» в отношении охватываемых направлений, методов, моделей – представлена на рисунке 1, где можно увидеть, что интегративный вектор не касается уникальной сути альтернативных схем – моделей и методов – кризисного развития субъекта (позиции О – В – А – В). Он лишь дополняет и сопровождает позицию В – С, имеющую отношение к формированию и реализации профессиональных стандартов. То есть достижения и уникальная миссия каждой психотерапевтической модальности оценены, сохранены и, там где это возможно, подкреплены.

Что же касается более конкретных рекомендаций по формированию общего каркаса и основных разделов базисной исследовательской программы в сфере профессиональной психотерапии, то соответствующий аналитический материал мы получаем на основании схемы 1, где представлены результаты исследования интегративного потенциала наиболее состоятельных моделей психотерапии.

В представленной схеме исследуемые интегративные модели обозначены следующим образом: ЛОП – личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Инсуриной, Ташлыкова; КПТ – клиническая психотерапия; МП – мультимодальная психотерапия Лазаруса; НЛП – нейролингвистическое программирование; ДА – диагностика Завьялова; СИМ – супрапарадигматическая модель Опазо; ТМ – транстеоретическая модель Прохазки, Норкросса; ОТП – общая теория психотерапии, основные положения которой излагаются

Схема 1

Сравнительный анализ интегративного потенциала избранных моделей психотерапии в системе критериев Куна-Опазо, комплексных критериев и институциональных уровней формирования общей теории психотерапии по К. Гравэ (в модификации М. Пере, У. Бауманна)

Обозначение индикаторов	Обозначение избранных моделей								
	ЛОП	КТП	МП	НЛП	ДА	СИМ	ТМ	ОТП	
<i>Система критериев Куна-Опазо</i>									
1	+	+	+	+	+	+ -	+	+	
2	+	+	+	+	+	+ -	+	+	
3	+	+	+ -	+	+	+ -	+	+	
4	+	+	+	+	+	+ -	+	+	
5	+	+	+ -	+	+	-	+	+	
6	-	-	-	-	-	-	+ -	+	
<i>Комплексная система критериев</i>									
1	+ -	+	+	+	+	+ -	+	+	
2	+ -	+	+	+	+	+ -	+	+	
3	+ -	+ -	+ -	+	+ -	+ -	+	+	
4	-	-	-	-	-	-	+ -	+	
5	+ -	-	-	-	+	+ -	+ -	+ -	
6	+ -	+	+ -	+ -	+ -	-	+	+	
7	+ -	-	-	+ -	+ -	-	+	+	
8	-	-	-	-	-	-	-	+	
9	-	-	-	-	-	-	+ -	+	
10	-	-	-	-	-	-	-	+	
11	+ -	+ -	-	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
12	+ -	+ -	+ -	+	+	+ -	+	+	
13	+ -	+ -	+ -	+	+ -	-	+ -	+	
14	-	+ -	+ -	-	+ -	-	+ -	+	
15	+ -	-	-	-	-	-	+ -	+	
16	-	-	-	-	-	-	-	+	
<i>Обозначение итогового институционального уровня</i>									
уровни	II	II	II	II	II	II	II	II-III	III

в настоящей публикации. Знаком (+) обозначается установленный при анализе факт соответствия порядковому критерию в используемой системе; знаком (+ -) – частичное соответствие; знаком (-) – несоответствие. Заключение о принадлежности рассматриваемых интегративных моделей к какому-либо из четырёх возможных институциональных уровней обозначается соответствующей римской цифрой.

Как видно из схемы 1, основные дефициты (здесь мы пока что рассматриваем семь первых моделей и не касаемся данных по общей теории психотерапии) сосредоточены по шестому критерию в схеме Куна-Опазо. Данный критерий устанавливает наличие оригинальной научной – но не какой-то произвольной, «самопровозглашённой» психотехнической – парадигмы, открытой к исследованию и процессам надпарадигмального синтеза.

В комплексной системе критериев такие дефициты прослеживаются по четвёртому (адекватная

концептуализация главного и наиболее востребованного феномена психотерапии – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов/пациентов в ограниченные временные периоды), пятому (формирование общего дисциплинарного тезуруса), восьмому (формирование базисной исследовательской программы), девятому (проработка критериев принадлежности психотерапии к системе кодифицированных научных знаний), десятому (проработка топологии психотерапии в общем корпусе науки); пятнадцатому (проработка всех возможных векторов дифференциации – интеграции); шестнадцатому (реализация процедуры углубленного эпистемологического анализа) векторам, существенная часть из которых определяется как «ключевые» в определении итогового статуса рассматриваемых моделей.

Таким образом, мы уже «наглядно» убеждаемся в том, что у авторов этих моделей, во-первых,

отсутствует или очень слабо разработана идея того, каким же образом в предметной сфере профессиональной психотерапии присутствует полюс «универсального» (также и в отношении более общих вопросов разработки предметной сферы как такой). И, как следствие, отсутствует видение того, чем же должна быть представлена базисная исследовательская программа в плане своих основных структурно-содержательных характеристик.

Далее понятно, что базисная исследовательская программа, конечно же, должна включать процедуру предварительного углубленного эпистемологического анализа, идентификацию и разработку предметной сферы профессиональной психотерапии; концептуализацию (проблематизацию) основных феноменологических проявлений, формирование

базисных гипотез и соответствующих исследовательских программ следующего уровня с адекватным целеполаганием и подбором необходимого методологического и мониторингового сопровождения.

Только в этом случае появляется возможность достижения соответствия по девятому и десятому ключевым критериям, и все вопросы относительно принадлежности психотерапии к общему корпусу науки будут, наконец, сняты.

Достоинством предлагаемой общей теории психотерапии (восьмая позиция в схеме 1) является глубокая проработка всех вышеуказанных ключевых позиций, что позволяет констатировать наличие чрезвычайно важного следующего шага в формировании действительно и «основополагающей», и «всесъемлющей» теории психотерапии.

Список литературы:

1. Александров А.А. *Интегративная психотерапия*. – СПб.: Питер, 2009. – 347 с.
2. Бабин С.М. *Психотерапия психозов*. – СПб: СпецЛит, 2012. – 334 с.
3. Бурно М.Е. *Клиническая психотерапия*. – М.: Академический проект, 2000. – 718 с.
4. Бурно М.Е. *Справочник по клинической психотерапии*. – М.: Российское общество медиков-литераторов, 1995 – 75 с.
5. Бэндлер Р., Гриндер Д. *Гипнотические шаблоны Мильтона Эриксона*. – М.: «Кратов и К°», 1995. – 245 с.
6. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // *Московский психотер. журнал*. – 1992. – № 1. – С.15-32.
7. Вид В.Д. *Психотерапия шизофрении*. – Питер, 2001. – 428 с.
8. Гаррат Т. *Эффективный тренинг с помощью НЛП*. – Питер, 2002. – 249 с.
9. Гордеев М.Н., Гордеева Е.Т. *НЛП в психотерапии*. – М.: Изд. Инст. Психотерапии, 2002. – 262 с.
10. Гордон Д. *Психотерапевтические метафоры*. – Изд. «С.Е.Т», 1994 – 218 с.
11. Гордон Д., Камерон-Бэндлер Л., Лебом. *Программируемые программы*. – М., 1995. – 255 с.
12. Гриндер Д., Бэндлер Р. *Структура магии*. – М.: Класс, 1995. – 517 с.
13. Гуруцкий А.А., Гуруцкий И.А. *Нейролингвистика*. – Минск: «ТетраСистема», 2010. – 191 с.
14. Дильтс Р. *Изменение убеждений с помощью НЛП*. – М.: Класс, 1997. – 178 с.
15. Дильтс Р., Дезолье Д. *НЛП-2. Поколение Next*. – Питер, 2012. – 315 с.
16. Доморацкий В.А. *Краткосрочные методы психотерапии*. – М.: Психотерапия, 2008. – 297 с.
17. Завьялов В.Ю. *Интегративная психотерапия в России* // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2000. – Т. VII, № 4. – С. 23-30.
18. Завьялов В.Ю. *Необъявленная психотерапия* // Деловая книга. – Екатеринбург, 1999. – 249 с.
19. Завьялов В.Ю. *Полимодальная психотерапия и дианализ* // Ж. Психотерапия. – 2009. – № 10. – С. 8-18.
20. Завьялов В.Ю. *Смысл нерукотворный. Методология дианалитической терапии и консультирования*. – Новосибирск, 2007. – 206 с.
21. Завьялов В.Ю. *Терапевтические трансы в рутинных медицинских процедурах*. – Новосибирск, 1995. – 52 с.
22. Завьялов В.Ю. *Что такое дианализ?* – Новосибирск, 2005. – 51 с.
23. Завьялов В.Ю. *Элементарный учебник дианализа*. – Киев, 2003. – 477 с.
24. Зинк Н., Маншоу Д., Холл М., Врица П., Делозье Д., Холландер Я. *Мастерство, новый код НЛП и системное НЛП*. – М.: Общество практической психологии, 1998. – 124 с.
25. Карвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия*. – Питер, 1998. – С. 231-239.
26. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. – СПб.: Питер, 2007. – 671 с.
27. Кун Т. *Структура научных революций*. – БГК им. Бодуэна, 1998. – 297 с.
28. Курпатов В.Н., Федоров А.П. *Личностно ориентированная (патогенетическая) психотерапия / В кн. Психотерапия под ред. В.К. Шамрея, В.И. Курпатова*. – 2012. – С. 192-217.
29. Лазарус А. *Краткосрочная мультимодальная психотерапия*. – СПб.: «Речь», 2001. – 252 с.
30. Макаров В.В. *Всемирная психотерапия*. – М.: ОППЛ, 2006. – 435 с.
31. Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д. *Клиническая психотерапия в общей врачебной практике*. – Питер, 2008. – 523 с.
32. Опазо Р. В центре урагана: супрапарадигматическая интегративная модель // Ж. Психотерапия. – 2006. – № 3. – С. 3-19.

-
-
33. Пере М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия // 3-е издание, пер. с нем. – СПб.: Питер, 2012. – 943 с.
34. Примц А. Глобальная психотерапия // Ж. Психотерапия. – 2004. – № 11. – С. 13-15.
35. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии // 6-е международное издание. – М.: «Олмопресс», 2005. – 383 с.
36. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – Питер, 2001. – 285 с.
37. Тукаев Р.Д. Природа психотерапии // Ж. Психотерапия. – 2013. – № 1. – С. 46-50.
38. Холл М., Боденхамер Б. Полный курс НЛП. – СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2012. – 635 с.
39. Юревич А.В. Перспективы парадигмального синтеза // Ж. Вопросы психологии. – 2008. – № 1. – С. 3-15.
40. Ялов А.М. Нейролингвистическое программирование как новая парадигма в психотерапии // Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – № 3. – С. 57-69.
41. Arkowitz H. Integrative theories of therapy / In D.K. Freedheim (E.D.): History of Psychotherapy. – Washington: Amer. Psychiatr. Assotiation. – P. 261-303.
42. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. – Göttingen, 1994. – S. 315.
43. Lambert M., Bergin A. The effectiveness of psychotherapy / A.E. Bergin, S.L. Garfield // Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). – New York: Wiley. – p.p. 143-189.
44. Lazarus A.A. The practice of multimodal therapy. – Baltimore: Jons Hopkins University Press, 1989. – 193 p.
45. Lazarus A.A. When is couples therapy necessary and sufficient? // Psychological reports. – 1992. – № 70. – P. 787-790.
46. Norcross J.C., Newman C. Psychotherapy integration: Setting and context // In J.C. – 1992.
47. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // American Psychologist. – 1992. – P. 1102-1114.

УДК 616.859:61:34

БАЗИСНАЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРОГРАММА И ПАРАМЕТРИЧЕСКИЙ РЯД ПРЕДМЕТНОГО ПОЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., профессор, г. Павлодар (Республика Казахстан)

1 Контекст

Любая научная или практическая дисциплина, соответствующее направление деятельности являются по своей сути ответом на явные или скрытые социальные запросы, генерируемые самоорганизованным сообществом.

В самом общем виде такая осмысленная, целенаправленная и дифференцированная деятельность есть форма социальной самоорганизации, углубленное понимание которой возможно лишь по мере прояснения актуальных контекстов.

Профессиональная психотерапия здесь, безусловно, не является исключением. Напротив, специфика данного вида деятельности как раз и предполагает наиболее оперативную, масштабную и эффективную реакцию на актуальные социальные запросы, скрытые или явные.

Базисная исследовательская программа, в понимании И. Лакатос, (1970), как инструмент развития науки в целом или отдельных её направлений и дис-

циплин в частности, безусловно, должна учитывать эти актуальные контексты и их динамику в период Новейшего времени. В конечном итоге успешность реализации такой программы определяется степенью соответствия полученных результатов с идентифицированными социальными запросами и удовлетворенности общества.

Таким образом, описание основных разделов базисной исследовательской программы в сфере профессиональной психотерапии должно предваряться хотя бы краткой характеристикой наиболее актуальных социальных контекстов, определением функциональной активности психотерапии в этом общем поле актуальных контекстов, и выводимой отсюда общей направленности базисной исследовательской программы.

В период 2009-2010 гг. нами проводилось специальное исследование по данной проблематике (А.Л. Катков, В.В. Макаров, 2009, 2010), в ходе которого было обращено внимание на следующие акту-

альные группы контекстов: социальные и популяционные; эволюционные; контекст исторического развития психотерапии как исследовательской практики. Каждую из этих групп следует рассмотреть несколько подробнее.

Группа социальных и популяционных контекстов:

– *существенное возрастание степени агрессивности среды – информационной, биологической, социальной – с одновременной частичной или полной утратой естественных саногенных механизмов* (по данным многочисленных публикаций (всего в рамках проведённого исследования нами было проанализировано свыше тысячи четырёхсот источников), сверхинтенсивная динамика развития так называемых цивилизационно-информационных факторов необратимо и коренным образом изменили условия жизнедеятельности современного человека. Степень интенсивности и агрессивности воздействия на человека этих необратимо изменившихся условий – социальных, информационных, биологических – возросла настолько, что в ходу теперь и такой термин, как «мутированный мир». Что, безусловно, предъявляет повышенные требования к адаптационному потенциалу гуманитарной популяции в целом и адаптационным возможностям каждого человека в частности. Параллельно с этим отмечаются такие крайне тревожные тенденции, как деградация естественных саногенных механизмов, связанная, прежде всего, с теми же «мутагенными» цивилизационными факторами. То есть с тем, что современная доктрина здравоохранения основана на доминирующей идеологии «протезирования» утрачиваемых компонентов здоровья за счёт таких технологий, как вакцинация, антибактериальная терапия, фармакотерапия, хирургические интервенции и пр. С точки зрения эволюционной динамики, данный «механизированный» способ регуляции уровней социального здоровья ведёт к глобальному проигрышу и ухудшению генетического качества популяции. В этих условиях отмечается относительное и абсолютное снижение адаптационного потенциала у каждого последующего поколения с нарастанием ресурсного диссонанса и кризисных явлений, обозначаемых в контексте синергетического внедисциплинарного подхода как «катастрофический сценарий развития событий»);

– *стремительный рост уровня распространения субклинических и пограничных форм психических и поведенческих расстройств, гипертрофированных психологических реакций, связанных с адаптационными сложностями* (эпидемиологические исследования истинного уровня распространения расстройств такого типа – без учёта контингента лиц с химической и психологической зависимостью – показывают, что до 20% населения в возрасте от 12 до 55 лет, обнаруживают признаки этих расстройств, притом, что не являются учтываемым контингентом психиатрических служб и не

получают адекватной помощи в каких-либо медицинских или психологических центрах);

– *беспрецедентные темпы и масштабы распространения деструктивных социальных эпидемий* (к последним мы относим эпидемии химической зависимости – алкоголизма, наркоманий, токсикоманий – с вовлечением до 10% населения; деструктивной психологической зависимости – игромании, компьютерной зависимости, вовлечения в тоталитарные секты, экстремистские организации – с охватом до 7-10% населения). Проведённые нами масштабные комплексные исследования (А.Л. Катков, 2012) позволяют утверждать, что основной причиной катастрофической динамики распространения деструктивных зависимостей до уровня социальных эпидемий является крайне неблагоприятное сочетание мутагенных цивилизационных факторов, приводящее в результате к формированию неосознаваемого или вполне осознанного ресурсного запроса у существенной части населения, испытывающей адаптационные трудности. Такого рода запрос удовлетворяется чаще и быстрее всего патологическими адаптогенами ультрабыстрого действия (чем, собственно говоря, и являются наркотики, алкоголь, а также деструктивные психотехнологии, имплементированные в игровые практики и деятельность тоталитарных сект) с понятными последствиями в виде формирования тяжелых форм зависимости. При этом какой-то масштабной и эффективной программы, нацеленной на идентификацию групп риска и формирование полноценной устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, не предлагается и не проводится);

– *кризис цивилизационных способов самоорганизации – рациональных, иррациональных* (проведённый нами в рамках настоящего исследования анализ ресурсного потенциала базисной системы координат – рациональной, иррациональной – показывает динамику нарастания неконтролируемого кризиса. Ресурсный потенциал этих конфликтующих систем в основном исчерпан. Человечество – по крайней мере существенная его часть – находится в состоянии углубляющегося экзистенциального вакуума, всё чаще заполняемого адаптогенами ультрабыстрого действия, либо энергезирующими экстремистскими лозунгами. Идиоматическое поле основополагающих параметров порядка, поддерживающих социальную стабильность, таким образом, нуждается в серьёзном реформировании и обновлении. Однако каких-то по-настоящему прорывных идей в данной важнейшей сфере, где уже совершенно отчётливо проявляют себя так называемые флаги катастроф, научные, культурные и религиозные элиты не выдвигают).

Исторический контекст развития психотерапии как научной практики наиболее приближен к базовой исследовательской программе, и поэтому должен быть рассмотрен подробнее.

В отношении рассматриваемого вопроса имеется значительный массив противоречивых публикаций, посвящённых, прежде всего, научному статусу психотерапии: следует считать эту специальность научной, а если «да», то в чём особенность такой науки? (А. Притц, Х. Тойфельхарт, 1999; В. Датлер, У. Фельт, 1999; М. Штайнхехер, 1999; Р. Гуттерер, 1999; Г. Шипек, 1999; Э. Вагнер, 1999; Л. Рейтер, Э. Штейнер, 1999; В.В. Макаров, 2013; Е.А. Ромек, 1999; А.Я. Варга, 2013; Н.Ю. Хусаинова, 1999). Разнонаправленные суждения и точки зрения, высказанные в этих и других публикациях, с нашей точки зрения, очень удачно подытоживают Эмми Ван Дойрцен-Смит, Дэвид Смит в своей фундаментальной статье «Является ли психотерапия самостоятельной научной дисциплиной?», опубликованной в 1999 году. В частности, названные авторы определяют гипотетический научный статус психотерапии следующим образом: «На вопрос, существует ли уже теперь общая наука психотерапии, мы бы дали отрицательный ответ: допарадигматическая природа психотерапии, её разнообразие, то обстоятельство, что конкурирующие школы представляют несовместимые подходы, а также отсутствие общих для всех методологических правил заставляют высказываться против. На другой вопрос – может ли в принципе существовать общая наука психотерапии – с определёнными предостережениями можно ответить утвердительно. Допарадигматические конструкции в конце концов уступают место одной-единственной парадигме и тем самым переходят в новую стадию развития деятельной и сравнительно единой научной дисциплины. Следует также иметь в виду, что с возрастанием количества научных исследовательских работ о психотерапии делать вывод о её научности было бы ошибочным. То простое обстоятельство, что практически любая определённая деятельность научно изучается, не пребывает ни в какой связи с её научностью. И хотя outcome – исследования и могут подтвердить эффективность психотерапии (или неэффективность), но не её научность как таковую».

Эта последняя мысль процитированных авторов представляется весьма знаменательной и глубокой, и позволяет говорить лишь об этапах развития научных исследований в области психотерапии – в рассматриваемом историческом аспекте – но не становления психотерапевтической научной дисциплины.

Здесь мы вкратце остановимся лишь на трёх, на наш взгляд, заслуживающих внимания исследований периодики собственно научного изучения психотерапии, которые по своему основному посылу и приверженности эпистемологической логике не противоречат, а, скорее, подкрепляют друг друга. В первом таком исследовании R. Russee, D. Orlinsky представили следующие этапы становления научных исследований в сфере профессиональной психотерапии:

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

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

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

4) *период консолидации методологии исследований и переформулирования прежних выводов (1984-2010 гг. и далее).* Новая эпоха исследований связана с выходом первых руководств по психотерапии и возникновением устойчивой схемы исследований на основе критериев научно-обоснованной, «доказательной» медицины, или – современный термин – доказательной исследовательской практики. Основные тенденции данного этапа заключаются в возрастании сложности исследовательского поля психотерапии, увеличении числа психотерапевтических методов, тенденции к интеграции техник, росте числа диагностических категорий психических расстройств, развитии исследовательских методов, возросших требованиях в плане предоставления убедительных доказательств эффективности, связанных с интеграцией психотерапии в систему страховой медицины и ростом общественного интереса к психотерапии в целом.

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

– *первый этап* собственно научного изучения психотерапии Х. Кэхле считает 30-70-е годы прошлого

го века. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще, независимо от конкретной её формы, диагноза пациентов и т.п.;

– к задачам *второго этапа* относится установление связи между процессом и результатом психотерапии. В этот же период уделяется большое внимание развитию сравнительных исследований результатов воздействия различных психотерапевтических подходов;

– *третий этап* исследований психотерапии преодолевает тенденцию к групповым и статистическим подходам, к искусственно построенным экспериментальным условиям и вновь возвращается к натуралистическим методам. Дизайн исследований опять обращается к реальной практике и специфике проведения психотерапевтического лечения. При этом сохраняется стремление к контролю над процессуальными факторами, которые также подлежат изучению.

Ещё одним глубоким исследованием, отражающим этапы развития профессиональной психотерапии и её продвижения к статусу научной дисциплины, является публикация Е.А. Ромек «Психотерапия: рождение науки и профессии» (2005, 2013). В этой публикации содержится концентрированное изложение сути тех сложностей, которые испытывает профессиональная психотерапия на настоящем этапе, связанном с необходимостью проведения значительного массива эмпирических исследований.

Так, например, утверждается, что эмпиризм в любой его разновидности базируется на индукционной логике, одной из задач которой является правильность обобщения, т.е. установления наличия абстрагированных признаков в отдельных предметах или явлениях, что удостоверяется далее процедурой эмпирико-аналитической проверки. Чтобы сравнения различных исследований имели смысл, необходима договорённость о минимальном перечне сравнимых критериев, достижение которой в психотерапевтической среде – весьма сложный процесс. «Ведь для того, чтобы «договориться» психотерапевтам различных направлений нужно было отказаться от всего, что специфицирует их подходы и составляет самую суть профессиональной компетенции каждого из них». То есть исследователь в данной ситуации, не предлагая ничего нового, ещё и «угрожает» идентичности метода.

В этом, собственно, и просматриваются истоки «холодной волны» между теоретиками и практиками психотерапии. Неутешительным и, надо сказать, промежуточным итогом которой является констатация того, что «исследователь обычно не является источником вдохновения, поставляющим в практику новые полезные и пригодные для практики теории, а является только лишь потребителем идей практика, которые он подвергает строгой научной проверке».

Какие же *промежуточные выводы и первичные установки* для формирования базисной исследовательской программы можно извлечь из выше-приведённых контекстов? Каким образом должна быть трансформирована социальная функция психотерапии и понимание предметной сферы, которые даже и в Новейшее время формулируются в основном как «преодоление психических расстройств путем формирования у страдающих ими людей способности саморегуляции поведения, позволяющей им взаимодействовать с окружающими, активно вмешиваться в ситуацию, изменять условия и обстоятельства собственной жизни»? Соответственно, предметом психотерапии как теоретической деятельности выступают «закономерности возникновения и преодоления психических расстройств, источником которых признаются противоречия «неорганической» жизни человека. Психотерапия как практика вырабатывает социокультурные техники, помогающие разрешать такие противоречия» (Е.А. Ромек, 2003).

Полагаем, что с учётом всех проанализированных контекстов, основной вектор расширения профессиональных функций, социальной миссии психотерапии и повышения ее статуса должен быть сформулирован следующим образом:

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

Активное продвижение по всем направлениям вышебозначенного вектора должно лieть в основу целеполагания базисной исследовательской программы.

2 Общие характеристики базисной исследовательской программы

Научно-исследовательская программа (НИП) – центральный концепт в философско-методологических разработках И. Лакатос – определяется как «последовательность научных теорий, которая выстраивается как развитие некой исходной (как правило, фундаментальной) теории, основные идеи, методы и предложения которой выдвигаются интеллектуальными лидерами науки и усваиваются научными сообществами догматически».

Фундаментальная теория, обладающая мощным эвристическим потенциалом, составляет «жёсткое ядро» НИП, вокруг которого её приверженцы выстраивают «защитный пояс» вспомогательных гипотез, защищающих «ядро» от столкновения с фактами наблюдения, не согласующимися с логическими следствиями из этой теории или от противоречий с другими хорошо известными фактами, теориями. Такая стратегия «положительной» и «отрицательной» эвристики подчеркивает преимущество НИП перед её «конкурентами» (В.Н. Порус, 2009).

Сам И. Лакатос считал, что наука как таковая может рассматриваться в качестве гигантской исследовательской программы, подчиняющейся основному эвристическому правилу К. Поппера: «Выдвигай гипотезы, имеющие большее эмпирическое содержание, чем у предшествующих» (И. Лакатос, 2008).

Именно этот последний тезис для психотерапии как становящейся научной дисциплины является решающим, поскольку в нашем случае речь идёт об обеспечении глубинного и масштабного перехода от диссоциированной эпистемологической платформы и конфронтационной системы фундаментальных допущений к ассоциированной эпистемологической платформе и «исцелённой» (т.е. обеспечивающей ресурсную целостность) системе фундаментальных допущений – по главным ответственным консолидированного опыта – научного, религиозного – а не только по какому-либо отдельному аспекту науки.

В этом, по нашему глубокому убеждению, и заключается впечатляющая особенность процесса «вхождения» психотерапии в науку, демонстрирующая неадекватность даже и такого, широкого используемого в научных дисциплинах термина, как «парадигма», для обозначения эпистемологического каркаса, в котором только и может существовать психотерапия как самостоятельное и состоятельное научно-практическое направление.

Время для разработки соответствующих научных парадигм в этом формируемом эпистемологическом каркасе наступит уже в ходе реализации фрагментов НИП. И, как нам представляется, это будет впечатляющая эвристика, которая затронет множество сопредельных и фундаментальных научных направлений.

Далее, важно понимать, что в данном случае функцию «жёстких ядер», которую предстоит преобразовать за счёт реализации формируемой НИП, как раз и выполняют несовместимые и конфронтирующие между собой фундаментальные допущения, диссоциирующие важнейшие сферы человеческого опыта. Свою положительную эвристику эти пока ещё доминирующие конструкты – «жёсткие ядра» – уже в основном отработали, а отрицательная эвристика реально затрудняет продвижение к новому уровню консолидации и осмысления гуманитарного опыта, совершенно необходимому в су-

ществующих кризисных контекстах с катастрофической динамикой их развития.

В связи со всем сказанным, научно-исследовательская программа, формирующая системообразующий стержень психотерапии как самостоятельного научно-практического направления (этот стержень «обрамляет» концептуально-гипотетическую лестницу, выстроенную по всем уровням дисциплинарной матрицы в виде компонентов общей теории психотерапии), должна быть представлена следующими основными разделами:

I. Общая часть

1) констатирующая часть, с результатами анализа основных контекстов и выводимыми отсюда установочными позициями;

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

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

4) концептуальная часть, с обозначением нового «жёсткого ядра», формируемого концептом объёмной реальности, другими компонентами обновлённой эпистемологической платформы, основополагающими концептами общей теории психотерапии, выполняющими функцию методологического «пояса» в части, касающейся уже собственно психотерапевтического сектора, а не только корпуса науки в целом (функции «защитного пояса» здесь будут выполнять парадигмальные построения вне-дисциплинарных научных подходов новой генерации, которые ещё только предстоит разработать мультидисциплинарным бригадам);

5) гипотетическая часть, которая представлена пакетами проработанных гипотез, распределённых по первым трём уровням дисциплинарной матрицы (здесь имеет смысл выделять фундаментальную и прикладную гипотетическую части, для последующего разделения на соответствующие направления исследования); *гипотетическая часть должна ясно продемонстрировать потенциал положительной эвристики обновлённого «жёсткого ядра» ассоциированной эпистемологической платформы, а также – состоятельность процесса идентификации и концептуализации предметной сферы профессиональной психотерапии;* кроме того, именно из этого раздела НИП должны выводиться обновлённые идиоматические построения, соответствующие жёстким эволюционным требованиям новейшего времени.

II. Раздел целеполагания

1) иерархия целей НИП, расписанная в соответствии с идентифицированными контекстами и установочными позициями;

-
- 2) систематизация задач, необходимых для достижения каждой из планируемых целей;
 - 3) структурное оформление основных направлений исследовательской деятельности (в том числе фундаментальных и прикладных);
 - 4) краткое описание результатов, достижение которых планируется по каждому из разработанных направлений НИП, с выведением итоговых индикаторов эффективности там, где это возможно.

III. Специальный раздел

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

Эти подразделы должны содержать исчерпывающую информацию по следующим позициям:

- чёткая формулировка рабочей гипотезы;
- определение целей, задач, планируемых результатов по каждому направлению исследования и исследовательскому проекту;
- выделение существенных характеристик (параметров), подлежащих измерению;
- определение основных и вспомогательных методов измерения соответствующих параметров;
- определение процедуры синтеза и последующей интерпретации полученных данных;
- определение (или констатация приверженности к принципам доказательной исследовательской практики) методологии установления степени надежности полученных данных;
- определение принципов коррекции первичной концептуальной базы и рабочих гипотез;
- разработка методологии сбора данных;
- формирование итогового дизайн-проекта по каждому исследовательскому фрагменту;
- разработка необходимого ресурсного обеспечения (состав бригады специалистов – исследователей, лабораторное обеспечение, информационное обеспечение, административная и финансовая поддержка, техническая поддержка и пр.);
- разработка стратегии реализации и продвижения исследовательских проектов в соответствие с институциализированной процедурой выполнения профильных научно-технических программ (НТП), публикаций, защиты научных результатов в профильных учёных и диссертационных советах, научных комитетах, аккредитованных профессиональных ассоциациях.

IV. Институциональный раздел

В данном разделе прописываются процедуры институциализации научных достижений в содержание профессиональной психотерапевтической практики. Или, в соответствии с разработанной нами схемой, – процедуры трансформации научного содержания первых трёх уровней дисциплинарной матрицы – на последующие два (уровень актуального

профессионального поля и уровень профессиональных стандартов).

Далее, в рассматриваемом разделе таким же образом должны прописываться процедуры институциализации достижений психотерапевтической науки в воспитательные, образовательные, консультативные, иные развивающие практики, реализуемые на основе метамодели социальной психотерапии.

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

V. Раздел мониторинга и коррекции

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

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

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

3 Оценка уровня достигнутого

В результате реализации настоящего исследовательского проекта можно с уверенностью говорить о том, что на сегодняшний день, помимо того, что были прояснены эпистемологические вопросы и определены контуры научно-исследовательской программы, практически в полном объёме проработана общая часть НИП. Имеется существенное продвижение по разделу «Целеполагание» и специальному разделу в части идентификации универсальных оценочных параметров и уточнении методологии исследования по основным направлениям.

3.1 В частности, по главному результирующему компоненту общего раздела – **степени проработан-**

ности гипотетической части следует отметить соответствие этой части таким специфическим требованиям, предъявляемым к определению предметной сферы профессиональной психотерапии, как **функциональная дееспособность** (рабочие гипотезы полностью охватывают и адекватно представляют функциональную суть наиболее востребованных психотерапевтических феноменов); **концептуальная состоятельность, эвристичность** (разработанные базисные и прикладные концепты, преобразованные в рабочие гипотезы, демонстрируют беспрецедентный потенциал эвристичности: *внутренней* – разработка вспомогательных гипотез; *внешней* – генерация новых эпистемологических конструкций, гипотез, обращенных к фундаментальной науке, сопредельным научным дисциплинам; **специальной** – разработка системообразующего стержня общей теории профессиональной психотерапии; **прикладной** – генерация новых импульсов развития общественных и социальных наук, идиоматических построений, соответствующих актуальным контекстам новейшего времени).

Это последний тезис, отражающий общепринятый критерий того, что наилучшая теория (в нашем случае – научно-исследовательская программа, в понимании И. Лакатос) – та, которая обладает наибольшей эвристикой, мы проиллюстрируем следующими примерами основных рабочих гипотез, представляющих главное содержание первых трёх уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии.

3.2 Центральный концепт первого уровня дисциплинарной матрицы (уровень фундаментальных допущений) – *модель объёмной реальности* трансформируется в следующий пакет рабочих гипотез, относимых как к «жёсткому ядру» соответствующей НИП, так и к поясу вспомогательных гипотез.

Непосредственно к содержанию обновленного «жёсткого ядра» научно-исследовательской программы следует отнести следующие рабочие гипотезы:

– *реальность – сложнейшая категория, организованная по темпоральному принципу*; адекватное использование данного принципа позволяет препрезентировать беспрецедентный объем того, что понимается под реальностью (отсюда термин «объемная» реальность);

– *температурный принцип организации объёмной реальности* раскрывается в таких понятиях, как *субъективная категория времени* («объективного» времени не существует – в этом заключается один из моментов отрицательной эвристики обновленного «жёсткого ядра» рассматриваемой НИП); *субъективная категория пространства* (феномен субъективного времени обеспечивает первичное форматирование недифференцированного полюса реальности на объекты, предметы, среду, события, с возможностью выявления закономерностей взаимодействия между ними в пределах темпорального

потенциала актуализированного таким образом плана реальности; т.е. полностью «объективной» реальности, не зависимой от импульсных, форматирующих характеристик сознания – времени, не существует – в этом заключается следующий момент отрицательной эвристики обновленного «жёсткого ядра» разработанной НИП); *бинарные полюсы реальности: актуальный – информационный* (ранее идентифицируемый как единственно возможная, «объективная» реальность. Однако согласно обновлённой системе фундаментальных допущений, таких актуальных планов реальности, не менее легальных, чем тот, что воспроизводится за счёт стандартной активности генерирующего механизма времени – сознания, может быть множество), *потенциальный – непроявленный* (вытесняемый из общепринятой системы кодифицированных научных знаний по причине того, что не может быть препрезентирован и измерен в характеристиках стандартного пространственно-временного континуума; однако этот важнейший полюс – субстатус объёмной реальности полностью признается в системе обновлённой НИП, поскольку найдена идея препрезентации и измерения данного феномена в гибких, нестандартных форматах пространственно-временного континуума – в этом моменте состоит позитивная эвристика обновленного «жёсткого ядра» разработанной НИП); *взаимозависимость этих бинарных полюсов осуществляется за счёт пластичной категории времени, а их креативное взаимодействие может быть активизировано за счёт использования инструментов диалогизированного сознания и кольцевого научного архетипа* – в этом также заключается позитивная эвристика «жёсткого ядра» НИП);

– *первичная структура «объёмной» реальности, таким образом, формируется лишь в условиях диссоциирующей, креативной активности генерирующего импульса времени – сознания, и включает следующие основополагающие субстатусы: 1) субстатус субъекта; 2) субстатус актуальных планов реальности (т.е. так называемой объективной реальности); 3) субстатус потенциального, непроявленного в стандартных характеристиках импульсной активности времени – сознания, поля объёмной реальности; в условиях стагнации и прекращения форматирующей активности механизма времени – сознания структура реальности закономерным образом редуцируются до этого недифференцированного или «небытийного» статуса реальности, для которого неадекватны такие характеристики, как «время», «пространство», но вполне приемлемы существенные, соответствующие обновлённой системе фундаментальных допущений, определения «вечности», «бесконечности».*

Эпицентром отрицательной эвристики рассматриваемой НИП, таким образом, является устранение отжившей и отработавшей свой развивающий потенциал системы фундаментальных допущений.

Именно тех допущений, которые разграничивают важнейшие сферы человеческого опыта и лежат в основе крайне опасной в существующих условиях идеологии разделённого бытия – в – мире. Напомним, что первая из них, на которой базируются принципы кодификации научных знаний, формулируется следующим образом: существует объективно-автономный мир, независимый от нашего сознания; существуют общие для автономной реальности закономерности явлений, событий; эти закономерности доступны для изменения, исследования и выведения объективных констант, характеризующих автономную реальность.

Вторая конфронтующая систему фундаментальных допущений, на которой базируется система иррациональных верований, выглядит следующим образом: мир и человек существуют по воле Бога; рациональный способ познания трансцендентной сущности Бога невозможен; следовательно, устанавливается примат веры как единственного способа приобщения человека к божественной сущности.

С устранением этой конфронтующей системы фундаментальных допущений уходят в небытие и ограничительные принципы диссоциированной эпистемологической платформы, являющейся реальным тормозом развития современной науки (здесь сконцентрирован основной момент отрицательной эвристики «жёсткого ядра» НИП).

Эпицентром положительной эвристики является, соответственно, разработка и принятие обновлённой системы фундаментальных допущений, формирующих каркас «жёсткого ядра» НИП. Напомним, что эти обновлённые допущения заключаются в следующем:

- объектно-закономерные характеристики актуальных планов реальности зависят от импульсной активности механизмов сознания – времени;
- существуют принципиальные возможности презентации и измерения непроявленного полюса реальности;
- с формированием ассоциированной эпистемологической платформы возможно снятие неадекватных ограничений в отношении предметной сферы науки, восстановление ресурсной целостности человека с перспективой существенного расширения горизонтов его бытия.

Основной способ установления истинности вышеназванных рабочих гипотез, положительной и отрицательной эвристики, относимых к «жёсткому ядру» НИП, это – по мысли И. Лакатоса – исследование дееспособности корпуса вспомогательных гипотез, «защищающих» ядро НИП от фальсифицирующих утверждений и контраргументов.

Однако в нашем случае каждая из выдвинутых в данном секторе «жёсткого ядра» НИП гипотез может быть верифицирована за счёт разработки сложных математических моделей, имитирующих фено-

мен диалогизированного сознания или пластичного времени. В результате будет смоделирован инструмент подвижной когнитивной оптики, с помощью которого можно будет презентировать актуальные планы реальности с любым заданным форматом пространственно-временных характеристик. Совмещая получаемые таким образом предметно-закономерные характеристики с имеющимися данными о закономерностях строения микромира, макрокосма и устанавливая соответствующие аналогии, возможно определение степени истинности, либо фальсификации вышеприведённых гипотетических тезисов.

Трудности в верификации гипотетического наполнения «жёсткого ядра» НИП связаны лишь с разработкой компьютерных программ соответствующей сложности и организации комплексных научных бригад.

3.3 Вектор внутренней эвристики, формирующий пакет вспомогательных рабочих гипотез «защитного пояса», обрамляющего «жёсткое ядро» НИП, выглядит следующим образом:

- категория *субъективного времени* раскрывается в понятиях: «скорости нервных процессов» (А. Эйнштейн); «фиксируемых импульсах активности сознания субъекта» (ФИАС), с той важной особенностью, что психофизиологические параметры такого рода импульсной активности в принципе доступны измерению и моделированию;
- носитель ФИАС – субъект – таким образом, неустраним из структурированного поля «объёмной» реальности; с «устранением» субстанта субъекта исчезает возможность пространственно-временного форматирования этого поля;
- общий информационный полюс реальности складывается из информации первого уровня (данний уровень представлен характеристиками определённого актуального плана реальности, «открываемого» с использованием стандартных параметров ФИАС и сложного, «моментально» организованного процесса психической презентации данного актуального плана; информация первого порядка имеет жёсткую определённую структуру, привязанную к заданным пространственно-временным параметрам форматирующего импульса ФИАС), а также информации второго уровня (данний уровень включает произвольные когнитивные построения и пережитый опыт субъекта; второй информационный уровень хотя и оперирует понятиями, почерпнутыми из предшествующего уровня, но «жёсткой» привязанности к заданным пространственно-временным параметрам не имеет);
- эффективная (развивающая) трансформация общего информационного полюса реальности, которую следует интерпретировать и как развитие сложной открытой динамической системы, обозначаемой как объёмная реальность – возможна лишь в условиях: 1) эффективного взаимодействия ин-

формации первого и второго уровней; 2) перемещения субъекта от энтропийного к антиэнтропийному полюсу объёмной реальности (такое перемещение подразумевает изменения параметров импульсной активности ФИАС с «жёстких» на «гибкие»; и, соответственно, увод субъекта от штампов и стереотипов, связанных с «объектными» аспектами и обстоятельствами, в полюс креативного синтеза с облегчённым формирование обновлённых информационных характеристик реальности); 3) актуализации непроявленного и «небытийного» в других условиях субстатуса объёмной реальности (что, как правило, сопровождается формированием особого ресурсного состояния субъекта);

– субъективная информация второго уровня, таким образом, является потенциалом, зоной ближайшего развития информации первого уровня, поэтому вопрос об информационных «приоритетах» можно считать исчерпанным – важно понимать, каким образом совмещаются эти уровни в общем информационном полюсе;

– основным предметом науки является полный цикл генерации новой информации, а не только завершающая часть, разделяющая субъективный и объективный информационные уровни;

– в этом едином цикле трансформации общего информационного полюса «объёмной» реальности предмет науки как таковой и психотерапии – сходятся; науку лишь в большей степени интересует то, как с помощью информации второго уровня трансформировать «объективную» информацию первого уровня; а психотерапию – наоборот – как с помощью универсальных закономерностей первого уровня эффективно трансформировать информацию второго уровня;

– измерение степени активности потенциального (и теперь уже проявленного в условиях креативного синтеза) субстатуса объёмной реальности возможно за счёт: 1) фиксации изменения параметров ФИАС; 2) определения степени смещения получаемых таким образом обновлённых актуальных планов от стандартных характеристик «объективной» реальности; 3) определение степени изменения сущностных характеристик субъекта, пребывающего в состоянии креативного транса (здесь имеется в виду качественная трансформация рефлексивных характеристик личности, а не только констатация признаков измененного сознания);

– концепция и модель диалогизированного когнитивного стиля (подвижной когнитивной оптики) является эффективным инструментом, обеспечивающим возможность развивающей трансформации общего информационного полюса – включая объективный и субъективный информационные уровни – за счёт активного взаимодействия всех трёх субстатусов объёмной реальности;

– модели (концепты) гибкой физической константы и объёмной математической единицы,

предполагающие обязательное присутствие в данных категориях момента когнитивной оптики (этот момент раскрывает параметры импульсной пространственно-временной активности ФИАС), являются эффективными инструментами преобразования «объективных» характеристик информационного полюса объёмной реальности.

Все поименованные вспомогательные гипотезы, образующие защитный пояс «жесткого ядра» научно-исследовательской программы имеют в основном положительную эвристику.

Степень истинности данных гипотетических положений устанавливается как за счёт разработки и верификации адекватных математических моделей, так и за счёт экспериментального воспроизведения процессов креативного синтеза с тонким и непрерывным высокочастотным мониторингом параметров биоэлектрической активности мозга вовлеченных субъектов.

Разумеется, для этого понадобятся точные данные по картированию изменённых состояний сознания и, особенно, данные о функционировании субъекта в режиме диалогизированного сознания (что является нейрофизиологическим аналогом понятия диалогизированного когнитивного стиля), используя которые можно говорить о наличии объективных критериев формирования соответствующих состояний.

И далее, необходимо сопоставлять уровень креативной активности субъектов, действующих в «диалогизированных» и стандартных, «монологизированных» режимах активности механизма времени – сознания (ФИАС) в корректных экспериментах, с проведением необходимого психологического тестирования.

Необходимо сказать и о том, что вышеупомянутые вспомогательные рабочие гипотезы находят подтверждение в современных моделях креативного процесса Д.П. Гилфорда, Э. де Бено, М. Нельке (цитата по М. Нельке, 2005), а также хорошо объясняют феноменологию трансперсонального, мистического, магического опыта, получаемого в изменённых состояниях сознания. С той разницей, что объяснения такого рода даются с позиции обновлённой рациональности, «вмещающей» экзотические для современной науки категории души и духа, и способной оценить и измерить беспрецедентный вклад этих проявляемых – при условии изменения стандартных параметров форматирования – инстанций потенциального субстатуса реальности.

Безусловно, для работы с вышеобозначенным пакетом вспомогательных рабочих гипотез необходимо привлекать комплексные исследовательские бригады с общей ориентацией на реализацию фундаментальных научных исследований.

3.4 Вектор внешней эвристики, развёрнутый в направлении генерации обновлённых эпистемологических конструкций, корпуса науки в целом, со-

пределного сектора фундаментальной и прикладной науки – здесь, пожалуй, наиболее впечатляющий.

Так, гипотетическая модель ассоциированной эпистемологической платформы с такими компонентами, как обновлённая система фундаментальных допущений, центральными и вспомогательными рабочими гипотезами первого уровня дисциплинарной матрицы – полностью погружены в поле *общенаучной эпистемологии*. И уже в ходе реализации фундаментальных научных исследований эти центральные и вспомогательные конструкции могут быть трансформированы в новые модели научной рациональности, идеи имплементации феномена сознания в картину физического мира; невероятную возможность формирования подлинной теории «всего» с использованием всех этих конструкций – такой теории, которая бы обязательно включала, а не исключала факт человеческого бытия, а также – возможность актуализации суперресурсных инстанций потенциального субстатуса объёмной реальности.

Далее, в пространство такой важнейшей сферы структурированного общегуманитарного опыта, как *философия*, транслирован гипотетический посыл того, что гностическая философия (не так давно чудесным образом восставшая из небытия), герменевтика, постмодернизм – при соответствующей методологической проработке – могут составить совокупную основу обновлённого идиоматического пространства. Не говоря уже о том, что эти три философские концепции, а также первичная философия в понимании Аристотеля, в ключе проведённого эпистемологического анализа, есть подлинная философская база интегративного движения в психотерапии.

И всё же основной вклад разработанных фундаментальных гипотез в рассматриваемую сферу гуманитарного опыта – это обеспечение беспрецедентного импульса развития философии науки, в частности – разработка важных аспектов неорациональной философской концепции науки, с отчётливой перспективой решения наиболее сложных эпистемологических задач.

Так, задача адекватного синтеза естественно-научной и гуманитарной парадигм решается здесь за счёт идентификации полного цикла генерации новой информации и трансформации общего информационного полюса реальности.

Задача преодоления психофизического параллелизма решается в ключе модели объёмной реальности достаточно легко – за счёт: 1) демонстрации того непреложного факта, что никакого отдельного «физического» плана реальности, в который бы не был имплементирован момент когнитивной оптики, попросту, не существует (это один из примеров впечатляющей отрицательной эвристики обновлённого «жёсткого ядра» НИП); 2) прояснения ещё одного непреложного факта того, что при стагнации

параметров диссоциирующего импульса ФИАС до значений «вечности – бесконечности» (т.е. до абсолютного нуля) оба рассматриваемых статуса объёмной реальности – объектный и субъектный – «складываются» в недифференцированном, непроявленном полюсе объёмной реальности. Таким образом, проблема психофизического параллелизма – это очередной блеф ложной эвристики уходящей эпистемологической платформы. А сущностное решение этой задачи – триумф формируемой ассоциативной эпистемологической платформы.

Что касается эвристического вложения в наиболее близкий сопредельный сектор науки и практики – *психологии*, то такой вклад также представляется весьма значительным.

Так, в общий перечень основополагающих функций психики, которые в классическом варианте обозначаются как: когнитивная; регулятивная (У. Джеймс); коммуникативная (Б.Ф. Ломов); креативная (Я.А. Пономарев), фундаментальные рабочие гипотезы первого уровня дисциплинарной матрицы добавляют ещё одну фундаментальную функцию – генеративную, из которой выводятся все вышеперечисленные.

В модели объёмной реальности импульсная активность ФИАС генерирует, во-первых, фундаментальные категории времени и пространства – характеристики «объектного» субстатуса реальности; но главное – актуализирует и дифференцирует основные субстатусы реальности – актуальный (объектный), потенциальный (непроявленный), субъектный. И только после этого включается когнитивная, регулятивная, коммуникативная и креативная функция психики субъекта. Такая поправка весьма существенна.

Появление нового системообразующего элемента в виде генеративной функции психики, во-первых, даёт возможность гораздо более объёмной презентации собственно феномена психического, а, во-вторых, потенцирует развитие других поименованных функций. Когнитивная составляющая психики, к примеру, получает «бонус» в виде нового способа презентации бытия. Регулятивная и креативная – возможность эффективного, осмысленного использования суперресурсного потенциала психического. Коммуникативная составляющая получает субъекта для полноценного «внутреннего» общения в режиме диалогизированного сознания – неструктурируемую временем инстанцию психе – с понятными перспективами.

Полагаем, что форсированное развитие этих обновлённых функциональных возможностей психики будет способствовать беспрецедентному росту адаптивно-креативных возможностей субъекта.

Далее, с принятием и накоплением «критической массы» доказательств истинности обозначенного эвристического посыла, многое прояснится и в «психологических джунглях», которые по степени

методологического плюрализма (если только не хаоса) едва ли уступают становящейся психотерапевтической науке.

В данной связи мы не исключаем вариант того, что центральная рабочая гипотеза – концепция объёмной реальности (которая в связи со всем сказанным является, возможно, единственной конструкцией, адекватно оценивающей приоритеты и роль психического в формировании того, что имеется как реальность, включающая, разумеется, субстатус субъекта) – сможет при соответствующей доработке выполнить функцию единой теории в психологии.

Во всяком случае, уже сейчас просматриваются перспективы сущностного решения с помощью предлагаемой гипотетической эвристики большинства из наиболее часто указываемых симптомов кризиса в психологической науке:

– *отсутствие единой, разделяемой всеми теории* (здесь нами предлагается полный набор теоретических построений первого уровня дисциплинарной матрицы – составляющие ассоциированной эпистемологической платформы, главные из которых – обновлённая система фундаментальных допущений и модель объёмной реальности);

– *разделение на «психологические империи», такие как когнитивизм, психоанализ, бихевиоризм, каждая из которых живёт по своим собственным законам* (здесь нам представляется уместной диссоциация общего предметного поля психологической науки на полюсы «универсального» и «специального», в ходе чего проясняется, от какого «целого» и на каких условиях могут диссоциироваться отдельные конструкты психического – мышление, поведение и пр. – и где пролегают границы функциональной эффективности такой диссоциации);

– *отсутствие универсальных критериев добывания, верификации, адекватности знания* (здесь нами предлагается достраивание макета НИП с учётом специфики и запросов психологической науки и практики; причём каких-то кардинальных изменений на уровне «жёсткого ядра» и вспомогательных гипотез – в связи с их универсальным значением для всего корпуса науки – не предполагается; таким образом, будут проработаны вопросы универсальной и наилучшей на сегодняшний день методологии поиска и верификации новых знаний);

– *некумулятивность знания; объявление каждым новым психологическим направлением всей предшествующей ему психологии набором заблуждений и артефактов* (здесь нами предлагается проведение системной исследовательской работы по разработке адекватного исторического контекста – подраздела НИП, – где через призму кольцевого научного архетипа будет найдено адекватное «место» для каждого из фрагментов или вариантов психологической теории. Последняя, вследствие этого приобретает необходимую структуру и характери-

стики «соборности». Ключевым здесь является вопрос идентификации системообразующего стержня, в качестве которого может выступать ассоциированная эпистемологическая платформа, концепция объёмной реальности и весь набор вспомогательных гипотез первого уровня дисциплинарной матрицы, включая и инструмент кольцевого научного архетипа, который можно и нужно использовать для анализа соответствующего исторического контекста);

– *раскол между исследовательской и практической психологией* (здесь проблемы абсолютно те же, что и в общем поле профессиональной психотерапии. «Холодная война» между исследователями и практиками прекратится тотчас после того, как исследователям будет что предложить практикующим специалистам, а не только «изымать» у них на предмет «строгого научного исследования» их собственные технологические идеи и разработки. В нашем случае всё так и происходит: теоретикам есть что предложить и в плане собственно теоретических концептов, и в отношении практической эвристики);

– *расчленённость целостной личности и «недизъюнктивной» психики на самостоятельно существующие память, мышление, восприятие, внимание и другие психические функции* (данного «кризисного» симптома является аналогичным второму в общем списке и отражает дефицит видения того, что есть целостная психика и субстатус субъекта, в частности. Этот вопрос решается в модели объёмной реальности. Что же касается конкретной проблемы неадекватного «расчленения» психических функций – то дело здесь в идентификации системообразующего психологического феномена, ассоциирующего и диссоциирующего – при наличии такой необходимости – эти будто бы отдельные формы психической активности. Безусловно, таким системообразующим феноменом является субстатус субъекта, его Я, которое, будучи в антиэнтропийном креативном полюсе объёмной реальности, легко диссоциируется на Я-мышление, Я-память, Я-внимание и пр. дифференцированные формы Я-активности, необходимые для терапевтической трансформации и форсированного развития соответствующих адаптивных структур);

– *различные «параллелизмы» – психофизический, психофизиологический, психобиологический, психосоциальный, которые психология осознает как неразрешимые для неё головоломки* (в отношении предлагаемых вариантов сущностного решения проблемы психофизического параллелизма мы уже высказывались. Но и все другие поименованные «параллелизмы» находят адекватное решение в системе бинарных полюсов модели объёмной реальности с абсолютно понятным принципом их дифференциации – интеграции. Здесь важно уловить смысл дифференциации одной и той же сущности на субстатусы объекта и субъекта. Наша гипотетическая версия заключается в том, что именно таким

образом проявляется недифференцированный потенциальный субстатус реальности, когда на одном объектном полюсе – субстатусе – обеспечивается развертывание базисной информационной программы за счёт «включения» механизма времени; а на другом субъектном полюсе – субстатусе – накапливается уникальная информация второго уровня, «ождущая своего часа» для имплементации в общий процесс развития суперструктуры, обозначаемой как объемная реальность. Далее, важно понимать, что биологические, психофизиологические и пр. механизмы – это всего лишь генетические схемы обеспечения «присутствия» и развития субстатуса субъекта в актуальных планах реальности, в которых со-бытие является стимулом для формирования уникальной информации второго уровня. Эти схемы в достаточной степени условны, так как определяются только лишь стандартным форматом ФИАС. И, наверняка, нас ждут грандиозные сюрпризы при выявлении такого рода временных (в полном смысле этого слова) схем, обеспечивающих возможность «присутствия» субъекта не только в стандартно форматируемых, но и любых других планах «объективной» реальности).

Вышеприведённая «классика» проявления системного кризиса психологической науки (А.В. Юревич, 1999, 2001, 2005, 2006; В.А. Мазилов, 2006; А.Н. Ждан, 2007; В.А. Кольцова, 2007) и варианты эвристических прорывов дополняются в нашем случае следующими важными тезисами.

Специалисты-исследователи, действующие в сфере психологической науки, отмечают факт того, что наиболее остро переживаются даже и не сами эти кризисные симптомы, а отсутствие прогресса в их устранении: оценки методологического состояния психологии, которые давались У. Джейнсом и Л.С. Выготским, ничем не отличаются от современных оценок (А.В. Юревич, 2005).

Наша интерпретация такой «тупиковой» ситуации заключается в том, что психологическая наука в своей стержневой сути упирается в те же ограничительные барьеры «жёсткого ядра» доминирующей эпистемологической платформы, о которых мы уже говорили. Подлинные прорывы здесь возможны с устранением этих барьеров за счёт отрицательной эвристики обновлённой эпистемологической платформы и формирования принципиально новых теоретических построений.

Далее, аргументируется и такая исключительная сложность построения единой психологической теории: «Человек, как предмет теоретического познания – крепкий орешек. И потому, что как таковой он – ещё не ставший объект, если вообще когда-нибудь в принципе он может стать таковым, не упраздняя самого себя. И потому, что этот развивающийся объект познает не что иное, но самого себя, включая свою собственную способность к познанию. И, наконец, потому, что вместе с человеком становит-

ся, а значит, ещё не стал, сам способ его познания. То есть познавать приходится не только тот объект, который находится в непрерывном развитии, но и с помощью того, что ещё толком не сложилось. Надо ли говорить, что все эти антиномии, в которые неизбежно упирается теоретическая мысль, уже второе столетие приводят психологов в отчаяние и толкают их либо к полному отказу от попыток строить психологическую теорию и к уходу в чистый эмпиризм, либо, опять-таки, к отказу от рационального теоретического познания и к уходу в пустую спекуляцию» (А.В. Сурмава, 2003).

Полагаем, что истинная сложность формирования адекватной теории психического, «закамуфлированная» в вышеприведённом пассаже, коренится всё же не в том, что человек есть становящийся, развивающийся, самопознающий субъект – слава Богу, что это так. Но в том, что типы рациональности, которые помогают идентифицировать истинное предметное поле психологической науки, так и не были найдены в силу доминирующих ограничений. И далее приходится признать, что предметом психологической науки является не только субстатус субъекта – такая изолированная позиция ничего не даёт, – но модель объёмной реальности в целом. Здесь возможно лишь выделение приоритетных аспектов, которые интересуют психологическую науку на современном этапе её развития.

Все вышесказанное свидетельствует о возможности эвристического и продуктивного взаимодействия становящейся психотерапевтической науки и психологии, как сложившегося научного направления на том уровне, который не предполагает выяснения вопросов о доминировании какой-либо одной из этих чрезвычайно важных сфер структурированного опыта.

Эвристический потенциал пакета фундаментальных и прикладных рабочих гипотез в сфере *медицины* представляется весьма значительным и существенно превосходящим тот ограниченный сектор, который отводится психотерапии в настоящее время.

Речь, во-первых, идёт о возможности и необходимости пересмотра понимания и содержания категории «здравье». Понятие «здравье», с нашей точки зрения, для того чтобы соответствовать не-простым контекстам Новейшего времени, должно включать компонент эффективной самоорганизации и устойчивости к агрессивному воздействию среды. В общей теории психотерапии все эти вопросы в достаточной степени разработаны, обоснованы и апробированы и могут быть имплементированы в общую структуру фундаментальных понятий медицинской науки без каких-либо дополнительных процедур.

Далее речь идёт о форсированном развитии такого стратегического направления охраны и развития индивидуального и социального здоровья, которое, как минимум, дополняет доминирующую иде-

ологии «протезирования» утрачиваемых компонентов здоровья.

Основная идея, которая вызревает в сердцевине становящейся психотерапевтической науки, заключается в том, что самоорганизующий потенциал субъекта, действующего в режиме диалогизированного сознания, может простираться достаточно далеко. Он способен охватывать не только механизмы активизации процессов нейрогенеза и стволовых клеточных структур, стимулируя процесс естественного самоисцеления (эти факты уже доказаны на основании корректных исследований), но также – при должной подготовке – возможно экологически выверенное вмешательство в деятельность глубинных генетических структур, обеспечивающих контроль биологического времени и эффективной коррекции активности этих структур.

Как понятно из всего сказанного, полноценная и эффективная профилактика в Новейшее время вряд ли возможна без осмысленной масштабной и экологически выверенной трансляции технологий профессиональной психотерапии в систему воспитания, образования, службу развития здоровья. В этом, собственно, и заключается саногенная функция психотерапии.

3.5 Вектор специальной эвристики, формирующей *гипотетическое содержание нижележащих уровней дисциплинарной матрицы* (уровень базисных теорий и концепций, уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций), здесь не нуждается в особых комментариях.

За счёт положительной эвристики фундаментальных и прикладных гипотез был сформирован системообразующий стержень общей теории профессиональной психотерапии, охватывающий все проблемные сферы данной специальности. И далее этот теоретический стержень был адекватным образом представлен и на всех прочих уровнях дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, имеющих отношение к практической деятельности.

3.6 Вектор прикладной эвристики, транслируемой в содержании *сопредельных помогающих и развивающих практик* – воспитательных, образовательных, консультативных, тренинговых и других – также обсуждался нами в предыдущих подразделах.

Следует отметить, что идея трёхуровневой коммуникации и универсальных макро- и метамишений и технологий действительно может (при наличии специально оговоренных условий) эффективно транслироваться как в теоретические построения, так и в практические компоненты вышеназванных помогающих и развивающих технологий.

Таков эвристический потенциал метамодели социальной психотерапии, предусматривающий охват всех групп нуждающегося населения эффективными помогающими и развивающими практиками.

3.7 Что касается эвристического потенциала основных гипотез второго уровня дисциплинарной

матрицы, то здесь, во-первых, следует отметить системную организованность общего гипотетического пакета:

- разработан центральный гипотетический концепт универсального алгоритма адаптивно-креативного цикла с его этапами и фазами;
- данный концепт подкрепляется вспомогательными гипотезами из верхнего уровня (бинарных полюсов объёмной реальности – энтропийного – антиэнтропийного; двух уровней организации общего информационного полюса; базисных адаптационных стратегий внесознательных инстанций);
- центральный гипотетический концепт проясняет общие механизмы адаптивной (помогающей, развивающей) функции психотерапии;
- данный концепт способствует адекватной формулировке базисных понятий, используемых в сфере профессиональной психотерапии;
- с помощью центрального гипотетического концепта формируется гипотетический ряд нижележащего уровня дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии.

Далее следует отметить беспрецедентный эвристический потенциал главной гипотезы рассматриваемого уровня в отношении сущностного решения проблемы укоренения психотерапии в стане научных дисциплин. А также – в плане разработки общей методологии генерации новых знаний с полным пониманием важности и необходимости участия в этом процессе субъективной информации второго уровня.

Ещё одним крайне важным эвристическим вкладом является тот факт, что именно на данном гипотетическом уровне идентифицируется основной параметрический ряд и определяются главные методологические принципы верификации истинности прикладных гипотез, рассматриваемых на втором и третьем уровнях дисциплинарной матрицы.

3.8 Эвристический потенциал гипотез третьего уровня дисциплинарной матрицы (концепты трехуровневой коммуникации, макро- и метамишений, макро- и метатехнологий; варианты эффективной и экологически выверенной интеграции основных модусов, направлений и модальностей профессиональной психотерапии и пр.) касается возможностей создания общей теории психотерапии с такими характеристиками, как «основополагающая» и «всеобъемлющая». Это, безусловно, немало, особенно, если учесть тот факт, что в истории психотерапии такого ещё не было (М. Перре, У. Бауманн, 2012).

3.9 Общий эвристический вклад всех поименованных гипотетических уровней распределяется по трем позициям: 1) возможность разработки адекватного параметрического ряда предметной сферы профессиональной психотерапии; 2) определение общей методологии и принципов построения исследовательского процесса, в частности методологии определения эффективности используемых пси-

хотерапевтических методов и подходов; 3) возможность выведения основных направлений исследовательской деятельности, осуществляющей в общем формате НИП.

Так, по позициям параметрического ряда было установлено, что по классу фундаментальных исследований могут быть использованы параметры сложных математических моделей (эти модели имитируют процессreprезентации актуальных планов реальности в зависимости от задаваемых значений ФИАС), как минимум, трёх классов: исходные параметры, устанавливающие масштабы форматирования актуальных планов реальности; итоговые параметры, описывающие характеристики объектно-предметно-средовой структуры получаемых таким образом планов реальности; связующие или разрешающие параметры, устанавливающие степень зависимости масштабов изменений ключевых параметров итоговойreprезентации от «шага» исходных характеристик ФИАС.

Разработка таких весьма сложных математических моделей, надеемся, дело ближайшего будущего.

Что же касается методологии разработки такого параметрического ряда, который можно использовать при существующем лабораторном оснащении и возможностях исследовательской деятельности в сфере профессиональной психотерапии, то она должна выглядеть следующим образом.

На первом этапе должно быть проведено тщательное и, по возможности, исчерпывающее картирование нейрофизиологических, психофизиологических, эндокринологических, биохимических, экспериментально-психологических, рефлексивно-психологических и иных параметров, способных сигнализировать о пребывании субъекта в режиме диалогизированной активности сознания (в соответствии с прикладными гипотезами второго-третьего уровней дисциплинарной матрицы, данное состояние, интерпретируемое как пик гиперпластической активности вне-сознательных инстанций и обозначаемое как первичное ресурсное состояние, в наибольшей степени способствует повышению скорости усвоения новой информации, креативному синтезу).

Такого рода предварительное исследование позволит определить наиболее чувствительный по отношению к исследуемому состоянию объективный параметр (или несколько таких параметров), а также установить индикативный диапазон, указывающий на оптимальную глубину данного состояния. Кроме того, в ходе реализации данного этапа должно быть получено убедительное (т.е. обоснованное с позиции доказательной практики) свидетельство того, что при вхождении субъекта в режим диалогизированной активности сознания скорость усвоения и генерации им новой информации существенно возрастает.

На втором этапе должны быть таким же тщательным образом проработаны нейрофизиологические,

психофизиологические, эндокринологические, биохимические, иммунологические, экспериментально-психологические, рефлексивно-психологические, клинико-психологические, социально-психологические, и, возможно, иные параметры (например, качества жизни), позволяющие констатировать пребывание субъекта на каком-либо из дифференцированных уровней адаптации: уровень комфортной адаптации (здесь уместна идентификация параметров и индикаторов, фиксирующих нахождение субъекта в устойчивом, либо неустойчивом ресурсном состоянии, без «облегчённого» понимания и подхода к данному вопросу); уровень напряжённой адаптации – компенсации; уровень напряжённой адаптации – субкомпенсации. Все вышеупомянутые уровни, в целом, обозначают и характеризуют статус здоровья субъекта. Далее следуют уровни патологической адаптации: уровень предболезни (отсутствие выраженных клинических проявлений болезненного процесса или их единичные проявления, недостаточные для установления соответствующего диагноза); уровень болезни.

Полагаем, что соответствующие исследовательские группы, которые будут реализовывать данный чрезвычайно важный проект, не встретят особых затруднений как с подбором параметров, так и с определением индикативных диапазонов соответствующих уровней адаптации, поскольку этот вопрос интенсивно изучается в ходе исследований стадий развития стрессовых и близких к ним состояний. В тоже время в отношении индикативных признаков устойчивых ресурсных состояний (за исключением уже достаточно разработанного аспекта психологической устойчивости к агрессивному влиянию среды) научно-обоснованных данных не так много и их ещё предстоит получить.

На третьем этапе, за счёт использования данных первого и второго раундов такого предварительного исследования, должно быть проведено полномасштабное картирование всех этапов и, по возможности, фаз прохождения субъектом универсального алгоритма адаптивно-креативного цикла.

При этом за счёт тщательного отбора имеющихся данных и вариантов картирования должен быть разработан общий тестовый алгоритм (программа) – удобный в использовании и не загромождённый излишней детализацией, с возможностями исчерпывающей и точной интерпретации получаемых данных, – который далее можно будет применять в исследовательской практике. Более компактная версия данной тестовой программы будет востребована и в рутинной психотерапевтической практике.

Такого рода тестовый алгоритм, при его адекватном использовании, отвечает на два главных вопроса, без прояснения которых какое-либо продвижение в сфере профильных исследований невозможно: 1) в какой степени в статусе субъекта «присутствует» основной предиктор скорости терапевтичес-

ких изменений; 2) какова подлинная «скорость» терапевтических изменений, определяемая временем продвижения субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла в ходе проведения процесса психотерапии.

Оба этих момента в максимально возможной степени ориентированы на параметрическое и индикативное раскрытие (т.е. на «объективизацию») основного и наиболее востребованного психотерапевтического эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиента в ограниченные временные периоды. И далее, именно эти два обстоятельства – основной предиктор и скорость терапевтических изменений – с нашей точки зрения, в максимальной степени обеспечиваются универсальным полюсом предметной сферы психотерапии.

На следующем – четвёртом этапе истинность этого последнего тезиса должна быть установлена в строгом соответствии с критериями доказательной исследовательской практики. Тонким и ответственным моментом реализации данного этапа является необходимость чёткого разграничения задач по установлению факта «присутствия» двух вышеназванных интегративных индикаторов в характеристиках оцениваемого психотерапевтического процесса (такое «присутствие», безусловно, может быть обнаружено при любых вариантах психотерапевтической практики), а также задач по определению эффективности осознанных усилий, прилагаемых к формированию универсальных макротехнологического, метатехнологического уровней психотерапевтической коммуникации.

Последнее обстоятельство предполагает включение в схему исследований дополнительных критериев, устанавливающих факт такого осмысленного использования соответствующих макротехнологических и метатехнологических подходов. Это могут быть исходные данные о необходимой подготовке специалистов-психотерапевтов, протоколы проведения психотерапевтической сессии с видео- и аудиоподтверждением, супервизорские отчёты. И далее, экспериментальной группой будет считаться та, в отношении которой был установлен факт использования рекомендованных макро- и метатехнологических подходов. Соответственно, контрольными группами или группами сравнения будут являться любые другие варианты проведения психотерапии.

Эти базовые условия, далее, должны быть конкретизированы и приведены в соответствие с правилами доказательной исследовательской практики. В частности, должны быть выдержаны следующие принципы: рандомизация; критерии включения в исследование; критерии исключения из исследования; представительность выборки; наличие контрольной группы или группы сравнения (при этом обязательна статистически достоверная однородность клиентов исследуемой и контрольной групп,

либо групп сравнения по основным биометрическим, психометрическим, социометрическим параметрам в начале исследования); стандартизация всех прочих видов коррекционного воздействия, если таковое имело место (группы должны различаться только лишь по одному исследуемому признаку – наличию или отсутствию структурированного макро- и метатехнологического сопровождения процесса психотерапии); чёткая характеристика сравниемых вариантов проведения психотерапии, желательно сформулированная по согласованной стандартной схеме; оценка промежуточного и итогового состояния участников в системе избранных критериев.

Соблюдение всех вышеперечисленных принципов будет гарантировать, что распределение по группам было случайным, и на него не повлияли ни субъективность исследователей, ни систематическая ошибка, что в целом обеспечивает основу для проведения необходимого статистико-математического анализа по количественной оценке данных, подтверждающих либо отрицающих гипотетический факт существенного повышения эффективности проводимой психотерапии (независимо от используемых модальностей) за счёт осмысленной имплементации универсальных коммуникативных уровней – макротехнологического и метатехнологического.

Далее необходимо выдерживать принцип того, чтобы анализ промежуточных и конечных индикаторов эффективности проводил независимый наблюдатель, незнакомый с принадлежностью участников к какой-либо из исследуемых групп (экспериментальной, контрольной группам сравнения) (Т. Гринхальх, 2008).

Наиболее сложным и почти «неподъёмным» моментом в реализации вышеобозначенного исследовательского этапа является необходимость одновременной реализации множества достаточно масштабных исследовательских проектов по единому стандарту, с понятными организационными и иными трудностями, сопутствующими этому процессу. Однако в противном случае такое исследование – для того, чтобы были получены действительно значимые результаты – может затянуться на годы.

И вместе с тем, при получении позитивного результата, подтверждающего истинность разработанных рабочих гипотез, вопрос о формировании подлинно интегрированной профессии, научной дисциплины – психотерапии – можно будет считать решённым.

Однако сам по себе этот факт вовсе не будет отменять необходимость проведения значительного массива фундаментальных и прикладных исследований другого плана – в частности, исследований по картированию и определению границ эффективности наиболее распространённых и востребованных психотерапевтических методов. Причём обозначенная здесь методология проведения таких исследований позволит установить «весовое» соотноше-

ние в обеспечении эффективности как универсальных, так и специфических компонентов и более точно определить показания к использованию последних. И вместе с тем будут получены объективные подтверждения эффективности полимодального подхода, когда клиент/пациент имеют возможность выбора или позитивно подкрепляемой генерации собственно варианта наилучшего преодоления кризисной волны адаптивно-кreatивного цикла.

Далее, безусловно, необходимо исследовать границы эффективности метамодели социальной психотерапии, связанной с возможностью трансляции универсальных компонентов психотерапевтического процесса в сопредельные развивающие и помогающие практики.

То есть общий массив только профильных психотерапевтических исследований, касающихся идентификации и установления степени истинности стержневых гипотетических построений, представляется весьма и весьма значительным.

Что же касается общего количества апробируемых параметров и индикаторов, то оно может исчисляться многими десятками и даже сотнями (так, например, в изданном в 2012 г. «Справочнике невротических расстройств» авторы В.С. Первый, В.Ф. Сухой, приводят 77 диагностических параметров, которые, в принципе, могут использоваться с целью диагностики и оценки динамики состояния у лиц с данным видом расстройств). Эта система открыта к включению в неё любых параметров и индикаторов, оценивающих адаптационную динамику субъекта.

В настоящей публикации мы не касаемся вопроса обозначения параметров и индикаторов, используемых за пределами собственно психотерапевтической дисциплины (воспитание, образование и пр.), куда, как мы надеемся, будут имплементированы востребованные психотерапевтические подходы, так же, как не приводим специфических индикативных признаков эффективности, разработанных почти по каждой психотерапевтической модальности. Эти вопросы требуют отдельного освещения. Что, собственно и предусмотрено в «специальном», «институциональном» разделах, в также разделе «мониторинга и коррекции» НИП.

В отношении основных направлений исследовательской деятельности – главная проблема, которая должна быть решена при разработке и реализации НИП – это принятие принципиального решения о включении в данную программу: блока фундаментальных исследований по разработке адекватных аналоговых моделей психики, организованной и действующей по темпоральному принципу; моделированию конструкции объёмной реальности; многомерному исследованию режимов диалогизированного сознания и пр.

Другим принципиальным вопросом является выделение самостоятельных исследовательских на-

правлений и формирование комплексных групп по основным векторам креативной эвристики – 1) эпистемологическому; 2) прикладной философии; 3) психологии; 4) медицины; 5) сопредельных развивающих и помогающих практик и, возможно, некоторых других (этот список открыт).

Наконец, крайне важным является решение вопроса об адекватном ресурсном обеспечении стержневого психотерапевтического направления, реализующего исследовательские этапы, о которых говорилось выше.

Таким образом, речь идёт о трёх общих направлениях построения собственно исследовательской деятельности в рамках разрабатываемой НИП, которые, как уже было сказано, будут представлены дополняющими перечнями конкретных научных проектов, выстроенных с соблюдением принятых эпистемологических установок (также вполне открытых к обсуждению и аргументированной коррекции).

Эти исследовательские направления, в нашем случае, должны дополняться специальными программами, также имеющими научную ценность – 1) программой формирования согласованного тезауруса; 2) программой институализации универсальных психотерапевтических подходов и мониторинга их социальной эффективности; 3) программой организации специализированных научно-практических и образовательных кластеров, действующих в общем поле профессиональной (социальной) психотерапии.

3.10 Ещё одним эвристическим следствием разработки общей теории психотерапии с формированием общего каркаса базисной исследовательской программы, о котором стоит сказать отдельно, является возможность: существенной корректировки соответствия дисциплинарных характеристик психотерапии критериям принадлежности к кодифицированной системе знаний; кодифицированным критериям научного знания; обоснование топологии психотерапии в корпусе научных дисциплин в соответствии с общепризнанной классификацией.

Так, по первому из вышеперечисленных эвристических профилей – кодифицированным критериям – следует констатировать существенное продвижение по нижеследующим позициям:

– *проработанность предметной сферы* (за счёт реализации настоящей исследовательской программы предметная сфера профессиональной психотерапии в основном идентифицирована и проработана);

– *принципы верификации и симметрии* (найдено удовлетворительное объяснение фактам получения схожих результатов при использовании различных методов и разных результатов при использовании одного и того же метода в идентичных клиентских группах; идентифицирован основной «смущающий» универсальный компонент – механизм гиперпластики, разработана методология оценки

«весовых» соотношений универсальных и специфических вкладов в итоговую эффективность психотерапевтического процесса);

- наличие проработанных принципов фальсификации (в отношении рабочих гипотез разработана методология установления истинности – фальсификации основных положений);

- наблюдаемость и измеряемость предметной сферы (предметная сфера психотерапии разработана именно таким образом, что все ее основные ряды переводятся в параметрический ряд с разработанной методологией наблюдения, измерения и интерпретации результатов, получаемых таким образом);

- принцип простоты, ясности (общая теория психотерапии полностью проясняет главный и наиболее востребуемый психотерапевтический эффект, и далее, в своих концептуальных построениях отталкивается именно от этой вполне понятной и ясной позиции);

- принцип системности (все компоненты общей теории и выводимой отсюда практики полностью согласованы и скреплены конструкцией дисциплинарной матрицы; разработан системообразующий стержень психотерапевтической теории; идентифицированы и проработаны все возможные векторы интеграции профессиональной психотерапии);

- соответствие всем вышеназванным критериям (следует констатировать практически полное соответствие всем вышеобозначенным кодифицированным критериям научного знания).

Таким образом, психотерапия с полным на то правом может претендовать на статус научной дисциплины. Однако признанной в качестве таковой

психотерапия будет лишь после утверждения дисциплинарно-коммуникативным сообществом базисной исследовательской программы и продвижения по начальным этапам её выполнения.

Тем не менее, уже на основании результатов настоящего исследования возможно обоснование топологии профессиональной психотерапии в общем корпусе науки в соответствии с принятой на сегодняшний день классификацией (схема 1).

В приведенной схеме знаком \triangleright обозначен основной вектор развития и те позиции, которые профессиональная психотерапия занимала в последнее десятилетие.

Знаком \times обозначены позиции, которые, по результатам проведённого эпистемологического анализа, психотерапия будет занимать после разработки и реализации первых этапов стержневой научно-исследовательской программы, т.е. в ближайшие 10-15 лет.

Как видно из схемы 1, психотерапия, вне всякого сомнения, наука, а не какая-либо другая сфера гуманитарного опыта.

Далее, психотерапия уже на первых шагах своего становления как самостоятельной научной дисциплины, эффективно преодолевает противоречия естественно-научного и гуманитарного парадигмального полюсов общего ареала науки. И сам по себе этот факт говорит о беспрецедентном эвристическом потенциале поднимающегося научного направления.

Профессиональная психотерапия по следующему системного признаку – даже и не «наука пере-

Схема 1

Топография психотерапии в системе наук

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

дного края», но авангард такой науки. Ибо вместе с научной психотерапией формируется ассоциированная эпистемологическая платформа. И если хоть одна эпистемологическая конструкция заслуживает такого, несколько пафосного по форме, но по сути верного обозначения, как «надежда человечества», то разрабатываемая ассоциированная платформа как раз и есть такая надежда.

По всем прочим системным признакам – это может быть очередным гипотетическим предположением, которое мы вправе себе позволить, – понятно, что психотерапия превзойдёт большинство из обозначенных границ дихотомических векторов, и для нее понадобятся особые критерии. Полагаем, что такая необходимость появится уже в ближайшем будущем.

Список литературы:

1. Вагнер Э. Психотерапия как наука, отличная от медицины / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 249-281.
2. Вандорзен-Смит Э., Смит Д. Является ли психотерапия самостоятельной научной дисциплиной? / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 30-58.
3. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. – М.: Гоэтар-Медиа, 2008. – 280 с.
4. Гуттерер Р. Критические перспективы психотерапевтических исследований и практики / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 156-182.
5. Датлер В., Фельт У. Психотерапия – самостоятельная дисциплина? / В кн. Психотерапия новая наука о человека. – М.: Академический проект, 1999. – С. 58-90.
6. Ждан А.Н. К теоретическим проблемам общей психологии // Вопр. психол. – 2006. – № 6. – С. 137-142.
7. Катков А.Л. Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования. – Павлодар, 2012. – 223 с.
8. Катков А.Л., Макаров В.В. Интегративное движение в психотерапии (методология, достижения, перспективы) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2010. – Т. XVI, № 3. – С. 21-32.
9. Катков А.Л., Макаров В.В. Философские и научно-методологические основания интегративной психотерапии // Ж. Психотерапия. – Москва, 2010. – № 7 (103). – С. 30-48.
10. Кольцова В.А. Актуальные проблемы методологии современной отечественной психологической науки // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28, № 2. – С. 5-18.
11. Лакатос И. Избранные произведения по философии и методологии науки / пер. с англ. – М.: Академический проект, 2008. – 475 с.
12. Мазилов В.А. Методологические проблемы психологии в начале XXI века // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 23-34.
13. Макаров В.В. Психотерапия: наука, искусство, ремесло // Ж. Психотерапия. – 2013. – № 1. – С. 2-4.
14. Нёльке М. Техники креативности. – М.: Омега-Л, 2005. – 135 с.
15. Первый В.С., Сухой В.Ф. Справочник невротических расстройств. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. – 637 с.
16. Пере М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия // 3-е издание, пер. с нем. – СПб.: Питер, 2012. – 943 с.
17. Порус В.Н. Научно-исследовательская программа // В кн. Энциклопедия эпистемологии и философии науки. – М.: Канон, 2009. – С. 585-586.
18. Притц А., Тойфельхарт Х. Психотерапия – наука о субъективном // В кн. Психотерапия: Новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 10-30.
19. Пуговкина О.Д., Никитина И.В., Холмогорова А.В., Гаранян Н.Г. Научные исследования процесса психотерапии и её эффективности: история проблемы // Московский психотерапевтический журнал. – 2009. – Том 60, № 1. – С. 35-69.
20. Рейтер Л., Штайнер Э. Психотерапия и наука. Наблюдение за одной профессией / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 182-234.
21. Ромек Е.А. Психотерапия: рождение науки и профессии / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 27-46.
22. Ромек Е.А. Психотерапия: рождение науки и профессии. – Ростов-на-Дону, 2005. – 352 с.
23. Ромек Е.А. Социальный статус психотерапии: становление, функция, концептуально-методологические основания: автореферат дисс. доктора философских наук. – Ростов-на-Дону, 2003. – 41 с.
24. Соколова Е.Е. Нетерпимость толерантных (еще раз о монизме, плорализме и дискуссиях о методологических ориентациях психологии) // Ж. Вопросы психологии. – 2008. – № 3. – С. 138-145.
25. Сурмава А.В. К теоретическому пониманию жизни и психики // Вопр. филос. – 2003. – № 4. – С. 119-132.
26. Хусаинова Н.Ю. Проблема научности психотерапии / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 65-68.

-
-
27. Шипек Г. Психотерапия – это наука? / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 234-249.
28. Штайнер М. Психотерапия на путях к науке методической рефлексии субъективных расстройств в рамках социального жизненного мира / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 142-156.
29. Юревич А.В. Естественнонаучная и гуманитарная парадигмы в психологии, или Раскачанный маятник // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 147-151.
30. Юревич А.В. Методологический либерализм в психологии // Вопросы психологии. – 2001. – № 5. – С. 3-17.
31. Юревич А.В. Перспективы парадигмального синтеза // Вопросы психологии. – 2008. – № 1. – С. 3-15.
32. Юревич А.В. Поп-психология // Вопросы психологии. – 2007. – № 1. – С. 3-14.
33. Юревич А.В. Предисловие: Социальные и когнитивные источники парадокса // Образ российской психологии в регионах страны и в мире: Материалы форума. – М.: ИП РАН, 2006. – С. 11-12; 45-49.
34. Юревич А.В. Системный кризис психологии // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. – С. 3-12.
35. Jones M.C. The elimination of children's fears // J. of Experimental Psychotherapy and behavior change. – 1924. – Vol. 7. – P. 383-390.
36. Mowrer O.H., Mowrer W. Enuresis: a method of its study and treatment // Amer. Journal of Orthopsychiatry. – 1938. – Vol. 8. – P. 436-459.
37. Russee R., Orlinsky D. Psychotherapy research in historical perspective // Archives of General Psychotherapy. – 1996. – Vol. 53, № 8. – P. 81-118.

УДК 616.859:61:34

НОРМЫ И ЭТИКА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., профессор, г. Павлодар (Республика Казахстан)

Нормативно-профессиональный и нормативно-этический ряды представляет существенный и весьма важный сектор предметной сферы профессиональной психотерапии.

В самом общем виде нормы (в том числе и этические нормы) – это осознанно формируемые параметры порядка, призванные обеспечивать оптимальное развитие той системы, в которой они принимаются.

Таким образом, весьма важным моментом является осознание необходимости ввода такого нормативного параметра, что предполагает определённый уровень зрелости соответствующего дисциплинарно-коммуникативного сообщества (в этом случае высока вероятность того, что предписанная норма будет соблюдаться).

Понятие нормы в философии, социологии, науке – а все эти сферы имеют непосредственное отношение к профессиональной психотерапии – раскрывается:

- через обозначение границ (меры трансформаций), в которых явления и системы, человеческая деятельность, сохраняют свои качества и функции;
- в социальной сфере понятие нормы конкретизируется через нормативы (специально рассчи-

тываемые характеристики какой-либо деятельности или состояния системы), правила, предписания, а также через соотносимые с ними эталоны – образцы (или стандарты). В данной сфере нормы выступают как регулятивы социальных взаимодействий всех уровней и видов, обеспечивающие их организацию, упорядочивание, институализацию и контроль. Изменение нормы здесь является одним из механизмов изменения характера и направления человеческой активности (В.Л. Абушенко, 1999);

– в сфере науки норма понимается как система представлений и механизмов, регулирующих отношение к знанию и взаимодействие профессионалов внутри научного сообщества (Э.М. Мирский, 2009);

– этические нормы формируются на основе принятой в сообществе идеи морали и связанных с ней представлений о должном поведении. Основной вопрос этики: «Что я должен делать? Какое моё поведение будет наилучшим, с точки зрения «нравственного закона внутри нас», и социального одобряемым?» (Н.Г. Севостьянова, 1999).

Далее следует иметь в виду, что медицина, как исходное поле деятельности профессиональной психотерапии, пришла к идеи нормирования профессиональной деятельности ещё около двух с полови-

ной тысячелетий тому назад. В трудах гениального Гиппократа – таких как «Клятва», «Закон» – прослеживается ясный посыл к установлению необходимых в данной области этических и профессиональных норм.

Содержание этих документов толковалось многократно. При этом обсуждалась, как правило, внешняя, наиболее очевидная и «проявленная» сторона этих беспрецедентных посланий. «Не навреди!» – вот основной принцип, который Гиппократ (понимающий как никто другой особую уязвимость больного человека и его близких) стремился донести до представителей славного цеха врачевателей.

Мы же хотим сосредоточиться на двух других посылах, которые не удостоились столь же обширных, да и вообще каких-либо комментариев исследователей истории медицины, и которые, с нашей точки зрения, имеют непосредственное отношение к весьма важным аспектам предметной сферы психотерапии.

Текст «Клятвы» (Гиппократ, изд. 1998 г.) начинается со следующей формулы: «Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели...» Этой прописи многие интерпретаторы не придавали значения, очевидно считая данную часть текста ничего не значащим ритуалом.

Смеем утверждать, что это не так. В те далёкие времена божественные сущности были не менее, а может быть, ещё более реальными для живших в эту эпоху людей, чем, например, их соседи или они сами. И Гиппократ здесь не был исключением. Более того, призывая в свидетели божества, имеющие прямое и опосредованное отношение к здоровью людей, он практически обязывал их к всемерному содействию в достижении требуемого результата, а также к тому, чтобы в случае выполнения этого обещания-клятвы была получена достойная награда: «Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и искусстве и слава у всех людей на вечные времена».

Заметим, что необходимость божественного участия в процессах исцеления страждущих призналась едва ли не главным условием успеха ещё задолго до Гиппократа. И не только первобытными шаманами-знахарями, а весьма искушёнными в практической медицине ведическими мудрецами. Интересным аспектом такой ведической идеологии, с нашей точки зрения, являлся очевидный намёк на необходимость приращивания ресурсного статуса целителя за счёт «божественного» присутствия (мы бы сказали – актуализации механизма диалогизированного сознания у целителя и, соответственно, ресурсных инстанций непроявленного субстатуса объёмной реальности; после чего всё происходит по механизмам глубинного уровня терапевтической коммуникации: формирование гиперпластического ресурсного статуса у пациента, имплемента-

ция ритуала выздоровления и успешная реализация этой программы, если только речь не идёт о биологической катастрофе).

Известен и ритуал приведения целителя в необходимое ресурсное состояние, обеспечивающий «божественное присутствие» – вступительный заговор, который должен был произноситься (мы бы сказали воспроизводиться) перед процессом лечения:

Те трижды семь, что движутся,
Неся все формы, –
Пусть Повелитель Речи силы, их,
(Их) суть дарует мне сегодня!

Снова приди, о Повелитель Речи,
Вместе с божественной мыслью!
О Повелитель Добра, сохрани (это)!
Во мне пусть будет (это), во мне – сокровенное!
Вот здесь стяни,
Как два конца лука – тетивой!
Пусть Повелитель Речи удержит!
Во мне пусть будет (это), во мне – сокровенное!
Призван Повелитель Речи.
Нас пусть призовет Повелитель Речи!
Да соединимся мы здесь с сокровенным!
Да не расстанусь я с сокровенным!

(Атхарваведа,
начало I тысячелетия до н.э.)

Здесь, на наш взгляд, стоит обратить внимание на то, что речь идёт о возможности управления всеми формами (мы бы сказали – о возможностях трансформации субстатусов актуального плана объёмной реальности с использованием механизмов диалогизированного сознания и когнитивной оптики, в процессе чего «ведущим» является целитель, а «ведомым» – пациент), а также на то – это наиболее интересный аспект, к которому мы ещё вернемся, – что истовая просьба-молитва обращена к «Повелителю Речи». Следовательно, речь целителя в результате должна обрести ту сокровенную силу, которая способна творить чудеса. Но эта сила должна приходить вместе с «божественной мыслью», что, на наш взгляд, является ещё одним подтверждением вхождения целителя в режим диалогизированного сознания.

Далее, через пять веков после Гиппократа величайшие пророки, совершая чудеса исцеления, демонстрировали и величайшие образцы скромности – они утверждали, что это Святой Дух совершает все эти чудеса, а они сами – лишь временныеносители или даже свидетели деяний Святого Духа (нечего и говорить о том, что эта традиция впечатляющей скромности не прижилась в современной психотерапевтической среде). Такого рода логика зафиксирована как в древних, так и в достаточно современных свидетельствах. Но только Гиппократ обратил ясное и пристальное внимание на то, что «Священные действия показываются только людям по-

священным, профанам же – не прежде, чем они будут введены в таинства науки» (Гиппократ, «Закон», по изд. 1998 г.).

И далее Гиппократ – впервые в истории медицины – описывает то, что в настоящее время назвали бы образовательным стандартом или стандартом подготовки к занятию «Самым благородным из всех искусств»: «Тому, кто захочет приобрести себе действительное познание медицины, необходимо иметь: природное расположение, обучение, удобное место, наставления с детства, любовь к труду и времени. Ибо если природа противодействует – всё тщетно; если же она сама показывает путь ко всему наилучшему, тогда уже совершается обучение искусству, которое должно приобретать себе с разумением. Сюда же необходимо ещё присоединить многолетнее прилежание, чтобы учение, укоренившись прочно и глубоко, приносило зрелые плоды. Когда все эти условия совмещены и приобретено истинное знание, только тогда его носитель не на словах, а на деле признаётся за врача».

Все вышесказанное, как нам представляется, имеет непосредственное отношение к нормативно-профессиональным и нормативно-этическим проблемам в общем поле психотерапии как специальности, которая представляет уже не только себя самоё, но также и ассоциированную эпистемологическую платформу будущего.

Что же касается других критериев зрелости профессиональной психотерапии, понимаемой как готовность дисциплинарно-коммуникативного сообщества к деятельности в условиях согласованного нормативного регулирования (социального, этического, научного), то по первым двум критериям никаких вопросов не возникает. С первых шагов становления психотерапии как профессии, этот вид деятельности в той или иной степени регулировался принимаемыми социальными и этическими нормами (А. Притц, 2004; В.В. Макаров, 2006).

Что же касается третьего критерия – введения норм научного исследования – то такие нормы ещё только устанавливаются и будут реализовываться в общем контексте базисной научно-исследовательской программы (НИП).

Таким образом, есть смысл обсуждать лишь два аспекта рассматриваемой здесь темы – социального и этического нормирования профессиональной психотерапевтической деятельности.

1. Итак, введение или изменение социальных норм, регулирующих определённую профессиональную деятельность, имеет смысл только в том случае, когда:

– существует отчётливая перспектива и многочисленные факты злоупотребления профессией; эти злоупотребления опасны для здоровья, а иногда и жизни людей, и могут быть связаны с отсутствием чётких критериев доступа в специальность, адекват-

ных стандартов подготовки и профессиональной деятельности, и других нормативно устанавливаемых позиций, вследствие чего и появляется необходимость нормативного регулирования;

– существует необходимость в масштабном и форсированном развитии определённого направления социально-значимой профессиональной деятельности, которое может быть обеспечено лишь при соответствующем нормативном стимулировании данного вида деятельности.

В отношении профессиональной психотерапии имеют место оба этих момента, а значит, социальное нормативное регулирование психотерапевтической деятельности должно включать полный ассортимент векторов регулирования: стимулирующих, обязывающих, регламентирующих, ограничительных и запретительных. Тем не менее главный вектор здесь, в связи со всем вышесказанным, конечно же, стимулирующий, т.е. обеспечивающий форсированное развитие психотерапии как самостоятельной научно-практической дисциплины с особо важной социальной миссией.

Далее, нужно иметь в виду, что нормативное регулирование – это только часть общей программы развития профессии. И эта часть будет уместной и востребованной лишь при наличии такой разработанной программы, утверждённой на уровне дисциплинарно-коммуникативного сообщества.

В нашем случае базисная научно-исследовательская программа (НИП) разработана именно таким образом – с понятным и ясным сектором предполагаемого нормативного регулирования, общие функции которого (помимо уже оговоренных обеспечения безопасности и прав населения на квалифицированную психотерапевтическую помощь, нормативного импульса развития профессии) заключаются в следующем:

– *институализация механизма управления качеством психотерапевтической помощи* (общая методология данного процесса заключается в продвижении инновационных разработок с II-III уровней на IV-V уровня дисциплинарной матрицы, с масштабной институализацией разработанных подходов и технологий. Организационными структурами, которые обеспечивают требуемые масштаб и скорость данного процесса, является дисциплинарно-коммуникативное сообщество, формируемое, в том числе, и за счёт адекватного нормативного стимулирования; а также – многопрофильные кластеры, необходимость формирования которых так же предписывается в соответствующих нормативных актах);

– *обеспечение необходимого объёма, качества и согласованности научных исследований, проводимых в сфере профессиональной психотерапии* (в тексте нормативных документов должен быть обозначен класс учреждений, ответственных за разработку и реализацию тематических научно-исследовательских программ, и общий механизм

координации исследовательской деятельности, что, собственно, и предусмотрено в структуре НИП);

– обеспечение перевода психотерапии в статус самостоятельной научной дисциплины с функционированием в формате метамодели социальной психотерапии (т.е. с возможностью максимального охвата нуждающегося в профессиональной помощи населения).

В данной связи в соответствующих нормативных документах должны быть прописаны правила достаточно широкого доступа в профессию при одновременном повышении объема, качества подготовки и повышения статуса психотерапевтического образования (например, до статуса второго высшего).

Причем в отношении этих трёх последних функциональных компонентов формируемой нормативной базы должны использоваться стимулирующие и обязывающие векторы регулирования (если речь идёт о законодательных и иных нормативных документах такого высокого государственного уровня).

В связи с этим, содержание всех групп профессиональных стандартов, включая технологический, квалификационный, образовательный, организационный, целесообразно прописывать в подзаконных и иных нормативных актах, которые необходимо регулярно обновлять (система профессиональных стандартов есть наиболее эффективный и динамически развивающийся инструмент управления качеством психотерапевтической помощи). В этих оперативных нормативных актах более уместен акцент на регулятивный и ограничительный функциональные векторы.

В целом следует отметить, что профессиональная психотерапия в Российской Федерации с разработкой основных компонентов базисной исследовательской программы (НИП), по степени готовности и социальной значимости, безусловно, должна регулироваться на высшем нормативном уровне – законодательном и на уровне государственных программ. В другом случае обеспечение необходимого импульса в развитии психотерапии и выполнение данной научно-практической дисциплиной всех своих функциональных задач является проблематичным.

В ходе реализации настоящего исследовательского проекта нами подготовлен текст законопроекта «О психотерапии», где вышеназванные ключевые позиции раскрываются следующим образом.

Целеполагание

В пояснительной записке и тексте цель законопроекта, обозначенная как:

– установление государственных гарантий, механизмов реализации прав граждан на психологическое здоровье и безопасность, создание условий, обеспечивающих доступность и высокое качество психотерапевтической помощи.

Основные задачи:

– обеспечение и защита прав граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи;

– создание правовых условий для свободного развития психотерапии как самостоятельной научно-практической дисциплины и медико-психологической специальности;

– установление принципов регулирования и порядка оказания психотерапевтической помощи;

– создание правовых условий для свободного доступа населения к услугам психотерапевтического профиля;

– правовое регулирование вопросов обеспечения качества психотерапевтической помощи.

Далее эти цели и задачи расписываются в соответствующих главах и статьях законопроекта.

Так, например, в статье законопроекта «Основные принципы государственной политики в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи» утверждаются следующие приоритетные принципы:

1) признания приоритетности сферы психологического здоровья, обеспечивающего устойчивость населения к вовлечению в химическую (алкоголизм, наркомания, токсикомания), деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные sectы, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость и др.), иные адаптационные расстройства;

2) признания необходимости ускоренного развития институтов, представляющих психотерапию как самостоятельную научно-практическую дисциплину и медико-психологическую специальность, и обеспечивающих возможность: эффективного совладания с проблемными и кризисными ситуациями; мобилизации ресурсов психики и всего организма на полноценное преодоление последствий влияния болезненных факторов; форсированного развития высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды; достижения активного долголетия и высокого качества жизни;

3) соблюдение прав граждан в сфере психологического здоровья и безопасности и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

4) достижение соответствия структуры, объёма и качества предоставляемой психотерапевтической помощи реальной потребности населения в данной помощи;

5) научная обоснованность используемых психотерапевтических методов и технологий;

6) сочетание государственного и общественно-го регулирования в сфере развития профессиональной психотерапии и оказания психотерапевтической помощи;

7) многоукладность, гибкость подходов в вопросах организации психотерапевтической помощи.

Здесь с использованием обязывающего вектора обозначены практически все ключевые задачи нормативного регулирования, выполнение которых

обеспечит искомый «прорыв» в развитии профессиональной психотерапии.

Важнейший вопрос обеспечения качества психотерапевтической помощи прописывается в статьях: «Обеспечение доступности и качества психотерапевтической помощи» (в частности, данной статьёй утверждается, что качество профильной помощи осуществляется за счёт инновационно-экспериментальной деятельности по разработке и обновлению системы профессиональных стандартов в сфере профессиональной психотерапии, государственного и общественного контроля соответствия психотерапевтической помощи утвержденным стандартам); а также «Система федеральных профессиональных стандартов в сфере оказания психотерапевтической помощи». В связи с важностью последней статьи мы процитируем её целиком:

1. Система федеральных профессиональных стандартов в сфере оказания психотерапевтической помощи является основным инструментом управления качеством в данной сфере деятельности.

2. Система федеральных профессиональных стандартов в сфере оказания психотерапевтической помощи включает:

1) стандарт многоуровневого мониторинга психологического здоровья населения Российской Федерации и оценки потребностей в психотерапевтической помощи;

2) стандарт видов, методов, технологий психотерапевтической помощи;

3) стандарт квалификационных требований, предъявляемых к специалистам-психотерапевтам; специалистам, имеющим допуск к оказанию первичной психотерапевтической помощи; специалистам, принимающим участие в оказании психотерапевтической помощи;

4) стандарт образовательных программ, утверждаемый в сфере подготовки специалистов психотерапевтического профиля;

5) организационный стандарт психотерапевтической помощи.

3. Соответствие всем группам профессиональных стандартов является обязательным требованием, предъявляемым при выполнении гарантированного государством объёма психотерапевтической помощи.

Соответствие стандартам квалификационных требований, профессиональной подготовки, а также организационному стандарту в части надлежащих условий оказания психотерапевтической помощи является обязательным требованием, предъявляемым лицам, оказывающим психотерапевтическую помощь на возмездной основе.

Этот основной регламентирующий фрагмент законодательства подкрепляется следующим содержанием статьи «Методы и технологии, используемые при оказании психотерапевтической помощи»:

1. Методы и технологии профессиональной психотерапии, обоснованные с позиции доказательной практики и внесённые в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии, являются основными при оказании психотерапевтической помощи в объёме, гарантированном государством.

2. Методы и технологии профессиональной психотерапии, не внесённые в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии, и проходящих этап экспериментальной апробации с участием профильного федерального или регионального государственного научно-исследовательского центра, с согласия пациента или его законных представителей также могут быть использованы при оказании психотерапевтической помощи, гарантированной государством.

3. Авторские методы и технологии профессиональной психотерапии, не获批ованные в соответствующих условиях и не внесённые в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии, могут использоваться в рамках психотерапевтической помощи, оказываемой на возмездной основе, только по согласию пациента или его законного представителя.

В этом случае психотерапевт обязан предварительно проинформировать пациента или его законного представителя о нелегализованном статусе предлагаемого авторского метода или технологии и оформить письменное согласие установленного образца на использование данного метода.

4. Внесение какого-либо психотерапевтического метода или технологии в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений и методов профессиональной психотерапии является основанием для включения данного метода или технологии в Федеральный стандарт видов, методов и технологий психотерапевтической помощи.

5. Порядок признания психотерапевтических методов и технологий, их внесения в единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений и методов профессиональной психотерапии, а также включения в Федеральный стандарт видов, методов и технологий психотерапевтической помощи утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6. Единый реестр общепризнанных в Российской Федерации направлений и методов профессиональной психотерапии, содержание действующего федерального стандарта видов, методов и технологий психотерапевтической помощи должны публиковаться на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, профильного федерального научно-исследовательского центра, общероссийских профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений.

Следующий регламентный блок, касающийся обеспечения прав граждан при оказании им психотерапевтической помощи раскрывается в нижеследующих статьях законопроекта и их содержании.

Государственные гарантии обеспечения прав граждан в сфере психотерапевтической помощи

Государство гарантирует соблюдение законности и реализации прав граждан в сфере психотерапевтической помощи за счёт:

- 1) надзора за соблюдением законности и реализации полного объёма прав граждан при оказании им психотерапевтической помощи;
- 2) выполнения полного объёма функций по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи всеми органами государственной власти в пределах установленной компетенции;
- 3) государственного контроля над полнотой и качеством оказываемой психотерапевтической помощи.

Права граждан в сфере психологического здоровья и безопасности

Граждане Российской Федерации имеют право:

- 1) на информацию о психологическом здоровье и опасности, которая связана с низким уровнем психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды (повышение риска вовлечения в алкогольную, наркотическую, токсическую зависимость; деструктивную психологическую зависимость – тоталитарные секты, экстремистские организации, игромания, компьютерную зависимость; иные расстройства адаптации, связанные, в том числе с формированием суициального поведения);
- 2) на конфиденциальную диагностику уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды с выдачей рекомендаций по использованию средств и методов профессиональной психотерапии, при наличии показаний к их использованию;
- 3) на оказание первичной психотерапевтической помощи, направленной на форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, в объёме, гарантированном государством;
- 4) на оказание специализированной психотерапевтической помощи, направленной, в том числе и на развитие высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, осуществляющей в государственном и частном секторе;
- 5) на информацию о психологическом здоровье несовершеннолетних детей или лиц, законными представителями которых они являются;
- 6) на оказание необходимого объёма психотерапевтической помощи несовершеннолетним детям или лицам, законными представителями которых они являются.

Права граждан на объективную информацию в сфере профессиональной психотерапии

Граждане имеют право на объективную информацию:

- 1) о целях, задачах и возможностях профессиональной психотерапии, используемых средствах их реализации;
- 2) о правах граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи;
- 3) об уровне квалификации специалистов, действующих в системе психотерапевтической помощи;
- 4) об официально признаваемых направлениях, методах и технологиях профессиональной психотерапии, в том числе включаемых в действующий федеральный стандарт психотерапевтической помощи;
- 5) об авторских методах и технологиях психотерапевтической помощи, не внесённых в единый реестр общепризнанных направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии и не включённых в действующий Федеральный стандарт психотерапевтической помощи;
- 6) об апробируемых в рамках экспериментальных научно-исследовательских или инновационных проектов методах и технологиях психотерапевтической помощи;
- 7) о возможных негативных последствиях использования нелегализованных методов и технологий психотерапевтической помощи;
- 8) информация по всем вышеперечисленным пунктам должна: публиковаться на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации, сайтах общероссийских профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений; предоставляться специалистами, оказывающими психотерапевтическую помощь, по требованию клиентов или их законных представителей; в случае использования нелегализованных методов и технологий психотерапевтической помощи такая информация должна быть предоставлена лицам, обращающимся за психотерапевтической помощью или их законным представителям в обязательном порядке.

Права граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи

Граждане, при оказании им психотерапевтической помощи, имеют право:

- 1) на уважительное и гуманное отношение;
- 2) на свободный выбор специалистов, видов, методов, технологий и форм (государственной либо частной) оказания психотерапевтической помощи;
- 3) на получение качественной, профессиональной психотерапевтической помощи в объёме, гарантированном государством, и сверхнормативном объёме, реализуемом на возмездной основе;
- 4) на полную и конфиденциальную информацию о состоянии собственного психологического здоровья, диагностируемого в ходе оказания психотерапевтической помощи;

-
- 5) на сохранение врачебной тайны в отношении сведений, ставших доступными специалистам, действующим в сфере оказания психотерапевтической помощи;
 - 6) на анонимный характер оказываемой психотерапевтической помощи;
 - 7) на отказ от фото-, видео-, аудиозаписей при оказании психотерапевтической помощи;
 - 8) на пересмотр и снятие медицинского диагноза в случае его установления в ходе оказания психотерапевтической помощи в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;
 - 9) на получение выписок из документации, оформляемой при оказании психотерапевтической помощи;
 - 10) на иные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Добровольность при оказании психотерапевтической помощи

1. Психотерапевтическая помощь оказывается на добровольной основе, принцип добровольности сохраняется на любой стадии процесса оказания психотерапевтической помощи.

2. Инициатива в отношении оказания психотерапевтической помощи детям, несовершеннолетним подросткам и лицам, состояние которых препятствует проявлению такой инициативы, может исходить от их законных представителей, однако продолжение такого терапевтического процесса после первых двух сеансов возможно лишь при согласии поименованных лиц на оказание им рекомендованного объема психотерапевтической помощи.

3. В случаях оказания первичной психотерапевтической помощи в условиях природных или техногенных катастроф либо в других кризисных ситуациях инициатива по оказанию профильной помощи может исходить от специалиста, имеющего соответствующий допуск. Однако продолжение психотерапевтического процесса после оказания экстренной психотерапевтической помощи возможно лишь при согласии пациента.

Права граждан на возмещение ущерба

1. Граждане, понесшие ущерб в результате профессиональных ошибок или иных обстоятельств, связанных с оказанием психотерапевтической помощи, имеют право на возмещение ущерба в объеме, устанавливаемом законодательством Российской Федерации.

2. Сам факт, объемы причиненного ущерба, а также их взаимосвязь с процессом оказания психотерапевтической помощи должны быть доказаны в ходе соответствующего судебного разбирательства, решение которого является единственным законным основанием для возмещения причиненного ущерба.

3. Защита прав и интересов лиц, не достигших совершеннолетия, в отношении которых возникают

вопросы о причинении им ущерба в результате оказания психотерапевтической помощи, осуществляются их родителями или иными законными представителями.

По всем вышеприведенным позициям расписаны, в основном, обязывающие нормы, защищающие население от каких-либо злоупотреблений и манипуляций.

Примером продуманного стимулирующего нормирования, расширяющего возможности доступа в профессию, и в тоже время обеспечивающего высокие кондиции профессиональных психотерапевтов, является содержание следующих статей законопроекта, в совокупности предоставляющих раздел «Подготовка специалистов и право на занятие научной, образовательной и практической деятельности в сфере профессиональной психотерапии»:

Допуск к деятельности в сфере профессиональной психотерапии

1. К оказанию первичной психотерапевтической помощи допускаются лица, удовлетворяющие следующим квалификационным требованиям:

1) имеющие высшее образование по специальности «Психология», «Клиническая психология», «Педагогическая психология»;

2) прошедшие профессиональную переподготовку по оказанию первичной психотерапевтической помощи в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию;

3) успешно выдержавшие квалификационный экзамен и получившие сертификат на право оказания первичной психотерапевтической помощи установленного образца;

4) в приложении к сертификату должны быть обозначены методы и технологии первичной психотерапевтической помощи, которыми владеет специалист и которые он может использовать при оказании первичной психотерапевтической помощи; данный перечень может дополняться после прохождения соответствующих программ повышения квалификации.

2. К оказанию специализированной психотерапевтической помощи допускаются лица, удовлетворяющие следующим квалификационным требованиям:

1) имеющие высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», либо высшее образование по специальности «Клиническая психология»;

2) профессиональную переподготовку по психотерапии либо клиническую ординатуру по психотерапии в медицинском образовательном учреждении высшего или дополнительного профессионального образования, либо в профильных научно-исследовательских центрах федерального или регионального уровня, имеющих соответствующую го-

сударственную лицензию и государственную аккредитацию;

3) успешно выдержавшие квалификационный экзамен и получившие диплом установленного образца, дающий право на оказание специализированной психотерапевтической помощи;

4) в приложении к диплому должны быть обозначены методы и технологии специализированной психотерапевтической помощи, которыми владеет специалист и которые он может использовать при оказании психотерапевтической помощи; данный перечень может дополняться после прохождения соответствующих программ повышения квалификации.

3. К участию в оказании специализированной психотерапевтической помощи в пределах компетенций, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации, допускаются лица:

1) имеющие высшее психологическое образование по специальности «Клиническая психология» либо другое высшее психологическое образование и прошедшие профессиональную переподготовку по клинической психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию;

2) специалисты по социальной работе со средним или высшим профессиональным образованием, прошедшие программы повышения квалификации по специальным вопросам оказания психотерапевтической помощи в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

4. К участию в научно-исследовательской деятельности, проводимой в сфере профессиональной психотерапии, допускаются специалисты:

1) обозначенные в части 2 настоящей статьи;
2) прошедшие или обучающиеся в программе подготовки научно-педагогических кадров по специальности «Психотерапия» (аспирантуре, докторантуре).

5. К участию в образовательной деятельности в сфере подготовки специалистов психотерапевтического профиля допускаются специалисты, обозначенные в части 2 статьи «Организации и лица, осуществляющие образовательную деятельность в сфере профессиональной психотерапии».

Образовательные программы в сфере профессиональной психотерапии

1. К образовательным программам в сфере профессионально психотерапии относятся:

1) программы профессиональной переподготовки по профилю первичной психотерапевтической помощи;

2) программы профессиональной переподготовки по психотерапии;

3) программы клинической ординатуры по специальности «Психотерапия»;

4) программы подготовки научно-педагогических кадров (аспирантура, докторантура) по специальности «Психотерапия»;

5) программы повышения квалификации по первичной и специализированной психотерапевтической помощи, а также по профилям психологической и социальной работы, осуществляющейся в рамках оказания специализированной психотерапевтической помощи.

2. Общая структура, содержание и объём программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации и включаются в стандарт образовательных программ в сфере подготовки специалистов психотерапевтического профиля.

3. Выполнение требований соответствующего образовательного стандарта является обязательным при подготовке специалистов психотерапевтического профиля.

Организации и лица, осуществляющие образовательную деятельность в сфере профессиональной психотерапии

1. Право на реализацию образовательных программ в сфере профессиональной психотерапии имеют организации:

1) обозначенные в пункте 2 части 3, в пункте 4 части 4 статьи 23 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»;

2) отвечающие лицензионным требованиям в части квалификации преподавателей, соответствия реализуемых образовательных программ утвержденному образовательному стандарту в сфере подготовки специалистов психотерапевтического профиля, соответствия условий реализации образовательного процесса установленным стандартным требованиям.

3) имеющие действующую государственную лицензию и государственную аккредитацию на дополнительное образование в сфере профессиональной психотерапии.

2. Право на реализацию образовательных программ в сфере повышения квалификации по отдельным методам и технологиям профессиональной психотерапии, в соответствии с частью 2 статьи 21, со статьей 33 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» может предоставляться индивидуальному предпринимателю без образования юридического лица:

1) при соблюдении им требований законодательства Российской Федерации, предъявляемых к осуществлению данного вида образовательной деятельности;

2) при соблюдении лицензионных требований в части профессиональной квалификации, соответствия реализуемых образовательных программ утвержденному образовательному стандарту в сфере

подготовки специалистов психотерапевтического профиля, соответствия условий реализации образовательного процесса установленным стандартным требованиям;

3) при наличии соответствующей государственной лицензии.

3. Организации и лица, осуществляющие образовательную деятельность в сфере профессиональной психотерапии в соответствии с частью 1 и частью 2 настоящей статьи Федерального закона, имеют право на выдачу дипломов и сертификатов установленного образца, учитываемых при процедуре аттестации и переаттестации на право занятия профессиональной деятельностью.

Подтверждение права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии

1. Подтверждение права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии (квалификационные экзамены, процедура аттестации, переаттестации и другие нормативные процедуры) проводится в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

2. При прохождении процедуры подтверждения права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии соответствующие аттестационные комиссии могут принимать во внимание рекомендации этических комитетов профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений.

Прекращение права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии

1. Прекращение права на деятельность в сфере профессиональной психотерапии осуществляется на основаниях и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2. Инициатива о досрочном прекращении права на деятельность в сфере оказания психотерапевтической помощи в отношении конкретных лиц может исходить от этических комитетов профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений.

Контроль качества в сфере подготовки специалистов, действующих в сфере профессиональной психотерапии

Контроль качества в сфере подготовки специалистов, действующих в сфере профессиональной психотерапии, осуществляется в соответствии с частью 1 и частью 2 статьи 93 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации», предусматривающих в частности:

1) лицензирование соответствующей образовательной деятельности;

2) государственную аккредитацию образовательной деятельности;

3) государственный контроль (надзор) в области психотерапевтического образования;

4) независимую оценку качества профильного образования;

5) общественную аккредитацию профессионального психотерапевтического образования.

Примером расширительного и стимулирующего вектора в нормотворчестве является содержание следующих статей законопроекта, обеспечивающих переход к метамодели социальной психотерапии:

Основные виды психотерапевтической помощи

1. Основными видами оказания психотерапевтической помощи являются первичная и специализированная психотерапевтическая помощь.

2. Первичная психотерапевтическая помощь:

1) выделяется с целью приближения психотерапевтической помощи к наиболее многочисленной группе населения;

2) реализуется в средних учебных заведениях, в полевых условиях при чрезвычайных ситуациях природного или техногенного характера;

3) охватывает целевую группу учащихся средних учебных заведений с признаками адаптационных расстройств и высокими рисками вовлечения в химическую, деструктивную психологическую зависимость, рисками формирования суицидально-го поведения, а также их родителей; целевую группу лиц с острой реакцией на стресс в результате чрезвычайных ситуаций, связанных с природными или техногенными катастрофами;

4) осуществляется специалистами – школьными психологами и психологами системы Министерства чрезвычайных ситуаций (МЧС), имеющими сертифицированный допуск к оказанию первичной психотерапевтической помощи;

5) включает специфические методы и технологии психотерапевтической помощи, утвержденные в системе профессиональных стандартов первичной психотерапевтической помощи;

6) регламентируется настоящим Федеральным законом, системой утвержденных профессиональных стандартов первичной психотерапевтической помощи, а также межведомственными приказами и иными нормативными правовыми актами, утверждаемыми Министерством здравоохранения, Министерством образования и науки, Министерством чрезвычайных ситуаций Российской Федерации;

7) финансируется из средств государственного бюджета.

3. Специализированная психотерапевтическая помощь:

1) выделяется с целью оказания адресной дифференцированной психотерапевтической помощи контингенту лиц, ориентированному на получение профильной помощи в системе здравоохранения;

2) реализуется в системе здравоохранения и других сферах социального профиля;

3) охватывает целевую группу лиц, имеющих показания для специализированной психотерапевтической помощи (психологические проблемы, кризисные состояния, расстройства психики и поведения, иные болезненные расстройства, при которых психотерапия является основным или вспомогательным методом профессиональной помощи);

4) осуществляется дипломированными специалистами- психотерапевтами;

5) включает специфические методы и технологии психотерапевтической помощи, утверждаемые в системе профессиональных стандартов специализированной психотерапевтической помощи;

6) регламентируется настоящим Федеральным законом, системой утверждённых профессиональных стандартов специализированной психотерапевтической помощи, а также иными нормативными правовыми актами, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

7) финансируется из средств государственного бюджета и иных источников, не запрещённых законодательством Российской Федерации.

Учреждения и лица, оказывающие психотерапевтическую помощь

1. Первичную психотерапевтическую помощь оказывают учреждения среднего образования, подразделения Министерства чрезвычайных ситуаций Российской Федерации и другие организации, в штатное расписание которых включены специалисты-психологи, имеющие сертифицированный доступ к оказанию первичной психотерапевтической помощи.

2. Специализированную психотерапевтическую помощь оказывают государственные и частные учреждения, центры и кабинеты, имеющие действующую лицензию на оказание специализированной психотерапевтической помощи, оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Первичную и специализированную психотерапевтическую помощь оказывают лица, имеющие доступ к деятельности в сфере профессиональной психотерапии, оформленный в соответствии с положениями настоящего Федерального закона.

В целом по сектору социального нормативного регулирования процессов развития профессиональной психотерапии и оказания психотерапевтической помощи следует отметить весьма существенный и всё более растущий вклад самоорганизованных профессиональных сообществ, что также должно находить отражение в базовом законодательстве о психотерапии.

2. Необходимость нормативно-этического регулирования психотерапевтической деятельности считается обязательной с первых шагов становления психотерапии как сложившейся профессии. Особая уязвимость пациентов/клиентов в отношении тера-

певтических ошибок и манипуляций признаётся всеми сколько-нибудь крупными ассоциациями психотерапевтов и консультантов.

Таким образом, задача разрабатываемых и принимаемых в данных организациях этических кодексов заключается, прежде всего, в защите людей, обратившихся за профессиональной помощью.

Так, например, в кодексе этики и практики консультантов Британской ассоциации консультирования прописывается следующее целеполагание:

– цель кодекса – установить стандарты психологической, психотерапевтической работы членов Британской ассоциации консультантов, а также информировать и защищать людей, обратившихся к ним за помощью;

– все члены Ассоциации должны придерживаться этого кодекса, который является общей системой правил для принятия и последующего обращения с их обязательствами по отношению к клиентам, коллегам, а также перед широкой общественностью.

В этическом кодексе Европейской федерации психоаналитической психотерапии разработанные и утверждённые в нем принципы и стандарты профессиональной этики определяются как: «Общая система правил, определяющая обязательства психотерапевта перед пациентами, их родителями или опекунами... Этические нормы, которые содержит данный кодекс, предполагают обязательство со стороны психотерапевта действовать в соответствии с этикой психотерапии на протяжении всей своей профессиональной деятельности и способствовать этичному поведению своих коллег».

Далее в этих наиболее полных и чётко прописанных документах излагаются следующие принципы профессиональной психотерапевтической и консультативной этики:

– *ценность* (главными ценностями психотерапевтов и консультантов являются целостность, беспристрастность и уважение);

– *политика равных возможностей, отсутствие дискриминации* (дискриминация на основании возраста, нетрудоспособности, национальной или религиозной принадлежности, пола, сексуальной ориентации или социально-экономического положения, а также на других основаниях – противоречит этике психотерапии);

– *ответственность перед клиентом* (в ходе проведения психотерапевтических и консультативных сессий должны быть использованы все доступные средства для того, чтобы обеспечить пациенту/ клиенту безопасность. Консультанты и психотерапевты должны с равной добросовестностью относиться к этической стороне своей работы вне зависимости от условий или финансовой основы контракта);

– *социальная ответственность* (психотерапевту следует осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с законами, которые действуют в интересах пациента и общественного блага в целом);

- профессиональная компетентность (психотерапевт должен заниматься практикой, которая не выходит за пределы его компетенции, то есть практикой, основанной на полученном образовании, специальной подготовке и профессиональном опыте. Психотерапевту следует стремиться приобретать новые знания и навыки, необходимые в работе с различными категориями пациентов. Жизненные стрессы и болезни психотерапевта, ослабляющие его профессиональную компетентность, должны быть им своевременно осознаны; в связи с ними должны быть предприняты соответствующие меры);
- информированное согласие, контракты (терапевтические отношения между пациентом/клиентом и психотерапевтом основываются на доверии и информированном согласии. Условия консультирования, психотерапии должны быть максимально ясны клиенту до начала данного процесса. Любое изменение этих условий должно обсуждаться с пациентом/клиентом и учитываться в заключаемом контракте);
- конфиденциальность (конфиденциальность и доверие являются необходимыми условиями психотерапии и консультирования. Конфиденциальность информации, раскрытой пациентом в общении с психотерапевтом/консультантом, является основным правом клиента и неотъемлемой частью эффективной психотерапии и исследовательской деятельности. Психотерапевт/консультант должен принять все необходимые меры, чтобы не нарушать права пациента (в том числе бывшего) на конфиденциальность);
- границы, запрет на эксплуатацию пациента (психотерапевт/ консультант должен устанавливать и сохранять границы терапевтических отношений, а также учитывать влияние любых предшествующих и перекрывающих отношений. В связи с тем, что пациенты/клиенты достаточно уязвимы в неравных отношениях со специалистом, психотерапевты/консультанты не должны каким-либо образом эксплуатировать пациента и членов его семьи);
- честность (честность лежит в основе терапевтических отношений. Осознавая сложность человеческого общения и терапевтических отношений, психотерапевт должен взаимодействовать с пациентами и их семьями честно и достаточно открыто);
- научные обязательства (психотерапевту следует способствовать развитию научных и кли-

нических знаний и повышению образовательного уровня студентов и коллег. Исследования следует проводить в соответствии с принципами доказательной практики);

- охрана профессионального сообщества и общества в целом от некомпетентности (психотерапевту следует постоянно оценивать свою способность к осуществлению профессиональной деятельности и давать обратную связь относительно состояния и способностей к профессиональной деятельности своих коллег).

В каждом из вышеназванных этических кодексов предусмотрены санкции за нарушение предусмотренных этических правил, вплоть до приостановления или прекращения права на занятия профессиональной деятельностью.

Всё высказанное свидетельствует о том, что этическое нормирование в психотерапии во многом выполняет функцию социального нормирования, особенно в тех случаях, когда соответствующие законодательные акты не разрабатываются и не принимаются на государственном уровне.

Этические кодексы, принимаемые психотерапевтическими ассоциациями и обществами, расписывают должное профессиональное поведение специалиста-психотерапевта, направленное, прежде всего, к полноценной реализации проверенного временем завета «Не навреди!».

Ещё один интересный аспект психотерапевтической этики связан с признанием за психотерапией и такой социальной функции, как носителя обновлённой социальной морали, выводимой из идиоматических построений ассоциированной эпистемологической платформы.

Необходимость углубленной метатехнологической подготовки, проникновения в суть феномена диалогизированного сознания предполагает формирование у специалиста-психотерапевта прочных «корней» такого, совершенно обязательного в нашем случае морального стержня, являющегося, в свою очередь, основой Я-техники.

Следование непреложным правилам этой первичной морали, понятным образом выводимой из закономерностей взаимодействия основных субстантов модели объёмной реальности, как раз и будет обеспечивать феномен «присутствия духа» и придавать «чудесную силу» словам специалиста-психотерапевта, о которых знали ведические мудрецы и пророки:

Один может исцелять Святостью,
Один может исцелять Законом,
Один может исцелять ножом,
Один может исцелять травами,
Один может исцелять Святым Словом.
Среди всех лекарственных средств – этот один, лечащий Святым Словом,
Этот один силой воли прогоняет хворь
Из тела праведного, исполненного веры:

Ибо оно одно и есть наилучшее целительное средство
Из всех лекарственных средств.
Хвороба отступает перед подобным средством, смерть отступает;
Дэвы отступают, лишённый святости артемога –
Исказитель Правды – отступает;
Угнетатель мужей отступает.
Выводок змеи отступает;
Выводок волка отступает;
Выводок дружавантов отступает;
Гордыня отступает;
Презрение отступает;
Горячая лихорадка отступает;
Несогласие отступает;
Клевета отступает;
Сглаз отступает;
Все отступает перед Святым Словом.

Заратуштра Спитама (ок. 700 г. до н.э.)

Список литературы:

1. Абушенко В.Л. Норма / В кн. Новейший философский словарь. – Минск, 1999. – С. 472-473.
2. Атхарваведа. Избранное. – М.: Наука, 1989. – 405 с.
3. Гиппократ. Избранные книги. – М.: «Сварог», 1994. – 735 с.
4. Кодекс этики и практики консультантов Британской ассоциации консультирования // БАК. – 1991. – 85 с.
5. Макаров В.В. Всемирная психотерапия. – М.: ОППЛ, 2006. – 435 с.
6. Мирский Э.М. Нормы науки / В кн. Энциклопедия эпистемологии и философии науки. – М.: Канон, 2009. – С. 612-613.
7. Притц А. Глобальная психотерапия // Ж. Психотерапия. – 2004. – № 11. – С. 13-15.
8. Севостьянова Н.Г. Этика / В кн. Новейший философский словарь. – Минск, 1999. – С. 853-854.
9. Этический кодекс европейской федерации психоаналитической психотерапии // ЕФПП. – 2005. – 72 с.

УДК 159.9:61

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ФОРМА РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У МОЛОДЁЖИ

Т.В. Пак

доцент кафедры «Педагогика и психология» Инновационного Евразийского Университета, к.м.н., Ph.D., врач психотерапевт, медицинский психолог Центра психотерапии и психологической поддержки, г. Павлодар (Казахстан)

Введение

Социальная психотерапия – это особая развивающая практика, которая может затрагивать отдельные части общества (например, молодёжь). Способом воздействия социальной психотерапии является институциональное развитие психологических механизмов, способствующих позитивной динамике в обществе. Процесс воздействия и измерение личностных психологических свойств определённой части общества является актуальной проблемой в психотерапии.

Социальные эпидемии обусловлены масштабными социальными факторами: высокий уровень агрессивности информационной среды особенно в отношении школьников за счёт глобальных информа-

ционных сетей Интернета; снижение уровня психического и психологического здоровья детей и молодёжи. Социальные эпидемии как неконтролируемые явления по данным статистики распространены в мире от 7% до 10% и деструктивно влияют на общественное здоровье. Данные явления социальных эпидемий, такие как, наркотизация среди подростков; вовлечение в религиозные деструктивные секты; криминальное поведение и вовлечение в криминальные сообщества молодёжи; Интернет-зависимость, игромания школьников свидетельствуют об актуальной необходимости концептуальной разработки первичной профилактики распространения социальных эпидемий.

На основании результатов научных исследований была описана концепция психологической устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды. Под психологической устойчивостью понимается толерантность к агрессивным факторам среды, развитие которой возможно за счёт психологических, психотерапевтических технологий. Уязвимой группой к агрессивным факторам внешней среды являются подростки и молодёжь.

Устойчивость к агрессивным воздействиям внешней среды определяется психологическими личностными свойствами, которые снижают и блокируют риски вовлечения в социальные эпидемии (наркотизация среди подростков; вовлечение в религиозные деструктивные секты; криминальное поведение и вовлечение в криминальные сообщества школьников; Интернет-зависимость, игромания).

В ряде проведенных научных исследований было выявлено, что:

- существуют определённые личностные психологические свойства, препятствующие вовлечению в социальные эпидемии;
- в процессе психотерапии возможно форсированное развитие данных идентифицированных личностных свойств;
- процесс активного формирования соответствующих личностных свойств в формате групповой психотерапии среди подростков с высоким риском и есть эффективная профилактика вовлечения в химические и нехимические зависимости.

Идентифицированные личностные психологические свойства, обеспечивающие устойчивость это:

- позитивный (идентификационный) жизненный сценарий;
- навык ответственного выбора;
- внутренний локус контроля;
- личностные (психологические) ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария;
- адекватная информированность об деструктивных агентах по отношению к позитивному жизненному сценарию.

Данные психологические свойства взаимосвязаны и взаимоусловлены. Таким образом, каждое из личностных свойств не может быть полноценно сформировано без развития других.

Исследование психологической устойчивости у молодёжи

Процесс развития психологической устойчивости к агрессивным агентам внешней среды у школьников происходит в несколько этапов:

- а) развитие первичных личностных свойств, обеспечивающих адекватное восприятие информации об агрессивных агентах внешней среды;

- б) конфликт между позитивным и деструктивным жизненными сценариями (например, деструктивный сценарий вовлечения в религиозные секты, Интернет-зависимость, наркотизацию и т.д.);
- в) снижение и блокирование мотивации к негативным жизненным сценариям;
- г) конструирование и реализация позитивного (идентификационного) жизненного сценария с адаптацией к агрессивной среде.

Формирование психологических свойств устойчивости в среднем происходит к 16-18 годам. В условиях неблагоприятных факторов риска возникает дефицит личностных свойств, что приводит к психологической неустойчивости и повышенному риску вовлечения молодёжи в социальные эпидемии.

В ходе многоуровневого исследования, проведенного Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар), в период 2001-2003 годов было выявлено, что у учащейся молодёжи за счёт активности института образования формируются позитивные цели и установки, а также другие свойства психологического здоровья – устойчивости. Эти свойства формируют уровень психологической устойчивости – с одной стороны и относительно высокий уровень социальной адаптации – с другой стороны, тем самым препятствуют вовлечению индивида в деструктивные социальные зависимости.

Данный исследовательский фрагмент ориентирует на широкий доступ к качественному образованию (среднему, средне-специальному, высшему), которое в силу своих возможностей и ресурсов участвует в профилактике распространение социальных эпидемий. Но повышение образовательных стандартов и улучшение учебных процессов не снижают распространение социальных эпидемий, напротив, наблюдается рост данных социальных агрессивных явлений.

В других исследовательских фрагментах, высокий уровень психического здоровья имел положительную взаимосвязь с высокой степенью вовлечённости в религиозное мировоззрение, в то время как высокий уровень психологического здоровья, по отношению к данному параметру имел отрицательную взаимосвязь. Для лиц с высоким уровнем психического здоровья не характерна средняя (умеренная) степень вовлечённости в религиозное мировоззрение, она свойственна лицам с высоким уровнем психологического здоровья. В группе лиц с высоким уровнем психического здоровья 8,2% респондентов имели высокий уровень психологической устойчивости, 86,4% респондентов относились к группе со средней степенью психологической устойчивости, относились к группе с низкой психологической устойчивостью 5,3% респондентов. Тогда как в группе с высоким психологическим здоровьем 50,5% респондентов обнаружили высокую

степень психической устойчивости, среднюю степень – 45,4%; низкую степень психической устойчивости – 4% респондентов.

Таким образом, интерпретация данных результатов заключается в том, что институализированные практики (среднее, средне-специальное, высшее образование), ориентированные на развитие когнитивных способностей и формирование рациональной системы координат, не способствуют доступу к другим ресурсным составляющим психики учащегося. Следовательно, такие институализированные развивающие практики, как образование не всегда способны обеспечить эффективный доступ к ресурсам подсознательного, т.е. к свойствам, обеспечивающим психологическую устойчивость к социальным эпидемиям.

Тогда возникает вопрос о возможности разработки универсальных механизмов первичной профилактики социальных эпидемий в аспекте социальной психотерапии.

Теория и практика социальной психотерапии

Одно из обязательных условий социальной психотерапии заключается в том, что специальными психотерапевтическими технологиями должна быть охвачена большая часть населения. Особенно, та часть населения, которая относится к уязвимой группе риска в отношении низкого уровня развития личностных свойств, обеспечивающих психологическую устойчивость. Такая трансляция специализированных психотерапевтических технологий возможна в институализированные практики воспитания, образования, которыми охвачена значительная часть населения.

Следовательно, необходимо интенсивное развитие психотерапевтической науки и практики, системы подготовки кадров, система психотерапевтической помощи населению, включая институт психологического консультирования.

Социальная психотерапия, которая базируется на принципах интегративно-развивающей терапии, имеет интегративный подход и выделяет технологические стратегии:

- использование техник, способствующих входению в психотерапевтическое пространство и установлению глубинного уровня психотерапевтической коммуникации;
- использование техник, развивающих свойства психологического здоровья – устойчивости у индивида или группы;
- использование техник, обеспечивающих доступ к ресурсным инстанциям психического (подсознательного) и формирование ресурсных состояний индивида (или группы);
- использование техник и приемов для решения заявленных проблем.

Психотерапевтическое пространство в рамках интегративно-развивающей терапии – это феномен

эффективной психотерапевтической коммуникации, «открываемый» эффективным психотерапевтом, имеющим достаточный уровень психологического здоровья – устойчивости, профессиональной подготовки и личной терапии. Данные квалификационные характеристики необходимо транслировать в систему подготовки преподавателей, педагогов, воспитателей, как носителей специализированных технологий.

Следующая композиция социальной психотерапии – это диалогизированное сознание, т.е. феномен доступа к ресурсным инстанциям психического, обозначаемых как бессознательное. В итоге, феномен диалогизированного сознания даёт возможность использовать пластические ресурсы данного состояния с целью развития психологической устойчивости.

Для того чтобы в рамках социальной психотерапии транслировать инновационные формы первичной профилактики социальных эпидемий в широкие слои населения, необходимо обеспечить интеграцию основных технологий систем воспитания, образования, психологической и психотерапевтической помощи, т.к. глубинный уровень эффективной коммуникации в этих процессах воздействия является общим, единым.

Следовательно, при подготовке специалистов таких институализированных практик, как воспитание, образование и психологическая, психотерапевтическая помощь, специализированные технологии могут быть успешно транслированы в социальные институты с целью реализации модели социальной психотерапии.

Стратегия реализации модели социальной психотерапии как инновационной формы развития психологической устойчивости

Исследование универсальных механизмов, способствующих вовлечению определённой части населения в социальные эпидемии, открывают возможности для разработки эффективных концепций первичной профилактики. И, тем не менее, следует иметь в виду, что у определённых групп населения по-разному формируется предрасположенность к вовлечению в социальные эпидемии. И в таких случаях уместен континуальный подход к стратегии социальной психотерапии, предусматривающий дифференциальную диагностику и разные степени вовлечённости, на основе которых выстраиваются дифференциальные профилактические, психотерапевтические, лечебные и реабилитационные программы для населения:

- группы повышенного риска – лица, заключённые в уголовно-исправительные учреждения пенитенциарной системы;
- уязвимые группы риска – больные, зависимые от психоактивных веществ;
- группы риска – пациенты на этапе первичной медико-санитарной помощи, имеющие факторы предрасположенности;

- группы подростков, молодёжи, которые должны быть охвачены программами первичной профилактики;
- группы лиц, профессионально противодействующих распространению деструктивных социальных процессов.

Для каждой из перечисленных групп интенсивность, содержание и формат соответствующих программ в модели социальной психотерапии должны быть адекватными и специфичными.

С развитием выше указанных диагностического, профилактического, психотерапевтического и реабилитационного направлений, составляющих практический интерес социальной психотерапии,

необходимо так же развитие психотерапевтической науки и организационно-прикладных технологий трансляции основных психотерапевтических воздействий и интервенций, в том числе образовательных в институализированные развивающие практики.

Успешная реализация социальной психотерапии, как инновационной формы развития психологической устойчивости у молодёжи, возможно, будет способствовать развитию общества, в том числе институтов, ответственных за индивидуальное и социальное развитие, а также блокированию распространения социальных эпидемий, куда сегодня вовлечена определенная часть населения.

Список литературы:

1. Беребин М.А. *Материалы IV Паназиатского конгресса. Некоторые проблемы системы образования в области психотерапии в Российской Федерации* // Ж. Психотерапия. – 2006. – № 12. – С. 41-44.
2. Карвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия*. – СПб.: Питер, 1998. – 743 с.
3. Катков А.Л. *Метамодель социальной психотерапии* // *Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора: Сборник статей под ред. М.М. Решетникова*. – СПб.: Восточно-Европейский институт Психоанализа, 2004. – С. 238-248.
4. Катков А.Л. *Методология комплексного исследования психического и психологического здоровья населения*. – Павлодар, 2006. – 77 с.
5. Катков А.Л. *Методология комплексного определения эффективности психотерапии* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2010. – Т. 10, № 1. – С. 7-56.
6. Катков А.Л. *Социальные эпидемии и новые профилактические подходы* // Сборник статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков». – Павлодар, 2007. – С. 172-236.
7. Катков А.Л. *Социальные эпидемии современного общества и вопросы формирования психологической устойчивости населения* // Материалы международной научно-практической конференции «Психическое здоровье нации – условие стабильного развития государства». – Костанай, 2009. – С. 25-32.
8. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. *Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года)*. – Павлодар, 2006. – 409 с.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю. А., Титова В.В. *Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией*. – Павлодар, 2005. – 266 с.
10. Макаров В.В. *Психотерапия нового века* // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 19-21.
11. Макаров В.В. *Путь консолидации психотерапии в Российской Федерации* // Ж. Психотерапия. – М., 2008. – № 9. – С. 9-14.
12. Нургазина А.З. *Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.* – Алматы, 2006. – 29 с.
13. Пак Т.В. *Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.* – Алматы, 2004. – 30 с.
14. Решетников М.М. *Какой кризис мы переживаем? Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных и кризисных состояниях* // Доклад на 2-м заседании Общероссийского совета по психотерапии и консультированию. – М., 2009. – 6 с.

ПСИХИАТРИЯ

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АТИПИЧНОГО АНТИПСИХОТИКА СОЛИАНА В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ШИЗОФРЕНИИ

С.Д. Вейсенберг

М.И. Кусаинова

Ж.С. Жунусова

психиатр I категории КГКП «Областной детский психоневрологический диспансер», г. Караганда (Казахстан)
психиатр I категории КГКП «Областной детский психоневрологический диспансер», г. Караганда (Казахстан)
детский врач-нарколог I категории КГКП «Областной детский психоневрологический диспансер», г. Караганда (Казахстан)

В современных условиях терапия шизофрении является одной из приоритетных задач психиатрии, что обусловлено как значительным ухудшением качества жизни пациентов и их окружения, так и значительными финансовыми потерями. Несмотря на значительные успехи в фармакотерапии шизофрении, остаётся ряд проблем. Так, купирование острых состояний классическими нейролептиками не редко приводит к развитию экстрапирамидных, а в некоторых случаях необратимых, расстройств, что, в свою очередь, лежит в основе развития вторичной негативной симптоматики. Решение неотложных задач – купирование острых состояний, обусловленных, как правило, позитивными расстройствами, – оборачивается развитием нежелательных явлений, требующих вмешательства. Если говорить о психотропном воздействии на первичную негативную шизофреническую симптоматику, то долгое время этот вопрос оставался без своего решения. Появление нового поколения антипсихотиков – атипичных препаратов – позволило говорить о лучшей их переносимости больными шизофренией и, что особенно обнадёживало, об их влиянии на дефицитарную симптоматику.

В настоящее время под атипичными нейролептиками понимают препараты, не вызывающие или практически не вызывающие экстрапирамидных побочных эффектов и купирующие как позитивные, так и негативные симптомы. Атипичные антипсихотические препараты, по всей видимости, не оказывают отрицательного влияния на когнитивные функции. Также отмечается лучшее соблюдение больными режима и схемы лечения терапии в связи с лучшей переносимостью и меньшим количеством побочных эффектов.

К атипичным антипсихотикам относится амисульприд (Солиан) – атипичный антипсихотик, обладающий селективным аффинитетом к дофаминовым D_2 / D_3 -рецепторам, но в отличие от других нейролептиков второго поколения не оказывает влияния на серотониновые рецепторы. Солиан обладает двойным антидофаминергическим эффектом: в высоких дозах он блокирует постсинаптические субпопуляции

D_2/D_3 -рецепторов, а в низких дозах препарат избирательно блокирует пресинаптические ауторецепторы, при этом усиливая дофаминергическую передачу. Он имеет большой аффинитет к дофаминовым рецепторам лимбических структур, по сравнению с таковыми в стриатуме, что обуславливает низкий риск развития экстрапирамидных побочных эффектов.

Нами был изучен опыт применения Солиана в купировании острого приступа шизофрении у подростка *женского пола* 14 лет, получившей стационарное лечение в отделении острых состояний Карагандинского областного детского психоневрологического диспансера. Была изучена клиническая эффективность, переносимость и безопасность применения Солиана. У пациентки в клинике преобладали психические расстройства шизофренического спектра. Исследования проводили с помощью клинико-психопатологического метода, а также рутинных лабораторных методов. Клинические симптомы были представлены негативными, обсессивно-компульсивными, гиперкинетическими, депрессивными, галлюцинаторно-бредовыми расстройствами эндогенного спектра. Солиан (амисульприд) назначали 2 раза в сутки, стартовая доза составила 400 мг с последующей коррекцией и снижением дозы до 200 мг в два приёма. Препарат назначался с учётом индивидуальных особенностей пациентки, а именно массы тела, наличия органической симптоматики, индивидуальной переносимости. Солиан использовался в качестве монотерапии как психотропный препарат в сочетании с нейрометаболической терапией, а также психологической коррекцией. Положительный клинический эффект наблюдался на 7-10 день применения.

Отмечалась выраженная редукция психопатологических расстройств – редуцировалось бредоподобное фантазирование, нивелировались когнитивные расстройства, упорядочивалось поведение, полностью исчезли навязчивости, редуцировалась галлюцинаторно-бредовая симптоматика, заметно уменьшились негативные проявления. Отмечалось отчётливое действие на тревожную и депрессивную симптоматику на 7-10 день применения Солиана.

Положительные результаты приёма Солиана послужили основанием для пролонгированного лечения с последующей коррекцией дозы (поддерживающая доза 100 мг 2 раза в сутки).

Применение Солиана не вызвало значительных неблагоприятных побочных эффектов, в целом отмечена хорошая переносимость препарата. Мы можем отметить высокую эффективность Солиана при воздействии, как на позитивную, так и на негативную симптоматику при шизофрении при минимальном риске развития неврологических и соматических расстройств.

Выводы

1. Сочетание антипсихотической активности Солиана с его способностью редуцировать негатив-

ную симптоматику, а также хороший профиль безопасности препарата, продемонстрированный в данном исследовании, позволяют использовать Солиан в качестве препарата выбора для лечения обострений шизофрении и длительной противорецидивной терапии.

2. Рекомендуемая доза Солиана колеблется от 400 до 800 мг, низкие дозы препарата (50-200 мг/сутки) используются при негативной симптоматике.

3. Таким образом, опыт применения Солиана свидетельствует о высокой эффективности препарата как при купировании позитивных, так и негативных симптомов. Важным преимуществом препарата является безопасный профиль переносимости, в частности, в отношении развития экстрапирамидных и метаболических осложнений.

Список использованной литературы:

1. Алтынбеков С.А. Использование Солиана в лечении острого приступа шизофрении // Международный профессиональный журнал «Медицина». – 2007. – С. 1-3.
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных.
3. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. – М.: Медицина, 2007.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б., Магомедова М.В. и др. Применение Солиана на ранних этапах течения шизофрении (клинико-социальный и фармако-экономический аспекты).
5. Гуссель В.А. Справочник педиатра по клинической фармакологии: методическое пособие по применению нейролептиков в неврологии. – КазНМУ им. Асфендиярова, 2008.
6. Личко Е.А. Психиатрия подросткового возраста.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

УДК 616.5

ПСИХОЛОГИЯ И ДЕОНТОЛОГИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Г.Е. Батхолдина	заведующая отделением Экибастузского городского кожно-венерологического диспансера, г. Экибастуз (Павлодарская обл., Казахстан)
С.А. Сергазина	врач-дерматовенеролог Экибастузского городского кожно-венерологического диспансера, г. Экибастуз (Павлодарская обл., Казахстан)
Н.А. Семенова	доцент кафедры «Педагогика и психология» Инновационного Евразийского Университета, к.м.н., г. Павлодар (Казахстан)
Т.В. Пак	доцент кафедры «Педагогика и психология» Инновационного Евразийского Университета, к.м.н., PhD, врач-психотерапевт, медицинский психолог Центра психотерапии и психологической поддержки, г. Павлодар (Казахстан)

Введение

Призвание врача в любую эпоху облегчать страдания больных. Успех осуществления этой гуманной миссии зависит не только от своевременной диагностики, эффективного лечения, но и от психологии взаимоотношений врача и пациента, среднего и младшего персонала медицинских учреждений, соблюдения принципов медицинской деонтологии, в том числе в дерматологии и венерологии.

Медицинская деонтология базируется на гуманности, честности, доброте и бескорыстности медицинского персонала, воспитанного на примерах врачебного долга. Так в дипломе Международного общества Красного Креста написано: «За особое человеческое и самопожертвование». Важной предпосылкой к этому является определение и понимание медико-биологических, социальных и психологических сторон личности больного, а также его внутреннего мира, отношения к своему здоровью и болезни. Такой психологический подход к пациентам с учётом личностной индивидуальности особенно необходим на современном этапе, когда наблюдается прогрессирующий процесс специализации, дифференциации и спецификации медицины, реально грозящий её «дегуманизации».

Основные принципы деонтологии и психологии в дерматовенерологии

Врачи дерматологи хорошо знают, что в патогенезе большой группы дерматозов существенную, если не основную, роль играют неврозы, неврозоподобные состояния, приводящие к «дезорганизации» функциональной деятельности центральной нервной системы. Причины этих невротических реакций многообразны. Это проблемы в семейных отношениях, сложные ситуации в процессе деятельности, сексопатологические факторы и многое другое. Поэтому лечащий врач, кроме общей и локаль-

ной терапии, должен весьма тактично и корректно выяснить причины, которые могли привести к «сшибке» нервной деятельности у больного. Сделать это не так просто, так как многие из факторов касаются личной и интимной жизни пациента. Врач, внушающий как личность своим отношением, профессионализмом, уровнем культуры и жизненных ценностей, а также внешним обликом и манерами, может достичь доверия пациента и рассчитывать на его откровенность в частных и интимных вопросах. Учитывая личностные особенности, условия жизни и работы больного, врачу в процессе лечения необходимо использовать психотерапевтические подходы, методы и технологии, как индивидуальные, так и групповые.

В настоящее время имеет место определённый дисбаланс между высоким уровнем соматического обследования дерматологического больного и недостаточным уровнем изучения психологии его личности, духовного мира, т.е. произошёл некоторый разрыв между терапевтическим воздействием на соматику и психику больного. Подобная ситуация ухудшает течение и прогноз многих дерматозов, в особенности тех, при которых морфологические элементы проявления болезней незначительны или совсем отсутствуют, а субъективные ощущения вызывают длительные и мучительные страдания, например, кожный зуд неврогенного характера.

Этим возможно объяснить возникновение у ряда пациентов гипостенической формы неврастении, характеризующейся снижением работоспособности, внимания, половой потенции, замедлением мыслительных процессов, а также подавленным настроением, и как следствие происходит ослабление интересов, побуждений, формируется пассивно-оборонительный тип реакций.

Клиницистами сегодня общепризнано то, что любой хронически протекающий дерматоз может являться фактором, изменяющим личность больного. Справедливо считает С.С. Либих, что создаётся

совершенно своеобразный «мир болезни» (внутренняя картина болезни), обеспечивающий определённую адаптацию больного к окружающим его условиям. Таким образом, становится актуальной необходимостью формирование альянса/контакта «пациент – врач» путём реализации принципов деонтологии. Они должны основываться на глубоком понимании психологии внутреннего мира страдающего человека: субъективных переживаний, обусловленных потерей или ограничением трудоспособности, частичным отрывом от общества, косметическими дефектами. В результате возникают тревога, страх, плохое настроение, раздражительность, т.е. формируется патологическое психо-эмоциональное состояние пациента. Далее развиваются деструктивные психологические механизмы: уход в болезнь, вторичная выгода, неконструктивные стереотипы поведения, система искаженных оценок, например, отрицательная установка по отношению к лечащему врачу, проводимому лечению.

Следовательно, психотерапия дерматологических больных должна начинаться уже при поступлении в больницу или обращении на консультативный приём. Психотерапевтическое воздействие зависит от умения медицинского персонала построить беседу с больным, повысить уровень мотивации на выздоровление, усилить веру в эффективность применяемой терапии. Так, неуместная фраза, высказывание в присутствии пациента могут привести к ухудшению течения заболевания, особенно у тревожно-мнительных больных. Слово имеет не только содержательный смысл, но и эмоциональный посыл, одно и то же слово, сказанное с разным эмоциональным оттенком, может вызвать противоположный психотерапевтический эффект.

Следует особое внимание уделить психо-эмоциональному состоянию уязвимых групп населения – это пожилые люди, дети, а также подростки, страдающие хроническими дерматозами, так как возрастные особенности имеют практическое значение при выборе психотерапевтических подходов и методов.

Развитие невротических состояний, по мнению Винецкой И.Л., у лиц пожилого возраста может быть обусловлено действием менее выраженных и менее актуальных для личности больного психогенных факторов. В пожилом возрасте под влиянием соматических факторов астенический и астеноипохондрический синдромы проявляются слабодушием, слезливостью, склонностью к инертности эмоциональных реакций. У большинства таких больных отмечается неустойчивое настроение с преобладанием пессимистической окраски и склонностью к депрессивным проявлениям, снижение активного внимания, нарушение памяти, расстройства сна.

Больные пожилого возраста весьма чувствительны к невнимательному отношению, ещё более чувствительны к этому дети, помещённые в стационар и временно лишенные родительского

общения. В беседе с взрослыми пациентами врач должен стремиться к тому, чтобы речь была логически выстроена, содержательна, но подобный подход неприемлем в общении с детьми. Специалистам, работающим с маленькими пациентами, необходимо проявлять доброту и ласку, уметь находить индивидуальный подход к ребёнку. Медицинским работникам, помимо непосредственных клинических обязанностей, необходимо уделить внимание и получить доверие маленького пациента, что в комплексе со всеми терапевтическими мероприятиями положительно оказывается на течении многих дерматозов.

Хронический дерматоз значительно изменяет мысли и чувства не только взрослых, но и детей, в особенности подростков. Отрицательное влияние на центральную нервную систему (ЦНС) подростка оказывают искажённые экстеро- и инteroцептивные рефлекторные воздействия кожного покрова, а также интоксикация, аллергия, нарушение сна. Отрицательно психологически сказываются ограничения в общении со сверстниками, отставание в учёбе, отрыв от семьи в связи с госпитализацией. Трудности в адаптации приводят к дополнительным раздражителям, которыми являются необычная обстановка в лечебном учреждении, неприятные болезненные ощущения, негативное отношение к медицинским манипуляциям (инъекции, перевязки, забор крови для исследования). Страх может парализовать волю подростка, способность логически мыслить, адекватно реагировать на субъективные ощущения. Часто развивается робость, возникает сужение интеллектуальных интересов, неуверенность в своих возможностях. В определённых случаях возникает аутизация личности, т.е. уход в мир внутренних переживаний, стремление к уединению и отказ от контакта со здоровыми сверстниками.

Особое значение следует уделить соблюдению врачом деонтологических принципов в процессе взаимодействия с родственниками больного. Это треугольник межличностных отношений Врач – Пациент – Родитель, и в этих отношениях врач несёт ответственность как профессионал, родители испытывают постоянное напряжение, а больные дети неадекватно реагируют на обычные раздражители. Серьёзные косметические дефекты, тяжёлые либо неизлечимые заболевания ребёнка, например, ихтиоз, синдром Лайелла, псориатический полиартрит, вызывают у родителей психическую травму.

Понимание и принятие психологии, внутреннего мира больного, соблюдение принципов деонтологии особенно необходимо в общении с пациентами, страдающими венерическими болезнями. Такое заболевание как сифилис, наносит тяжёлый ущерб не только соматическому здоровью пациента, угнетает его эмоциональное и моральное состояние, но и причиняет значительные страдания семье, близким родственникам.

Вопросы медицинской деонтологии в работе врача-венеролога имеют свою специфику, знание которой обязательно для специалиста, работающего в области венерологии. Остановимся на некоторых основных вопросах медицинской деонтологии, имеющих непосредственное отношение к практике венеролога.

Для выявления, обследования и лечения больного, являющегося источником заражения, установления бытовых и особенно половых «контактов» больного врач венеролог должен изучить условия интимной жизни пациента. На этом основана методика диспансерной работы врача-венеролога, направленная на своевременное предотвращение дальнейшего распространения венерического заболевания. Однако в этой ситуации нередко вопросы безопасности общества противостоят личным интересам больного, который по разным причинам старается скрыть интимные стороны своей жизни от врача. Пациента необходимо убедить в обязательном обследовании источника заражения. Аргументы, которые необходимо привести больному: выявление источника заражения важно для самого пострадавшего пациента с целью установления либо исключения предполагаемого диагноза, во-вторых, с целью определения дифференциального или сочетанного диагноза с различной продолжительностью инкубационного периода, в-третьих, с целью пресечения дальнейшего распространения заболевания, в-четвёртых, с целью своевременности оказания лечебной помощи источнику заражения. Развяжив больному значение и необходимость получения ответов на поставленные вопросы, врач должен в таких случаях умело найти «оптимальные компромиссы».

В чём заключается «оптимальный компромисс» при сборе анамнеза у больного венерическим заболеванием? Во-первых, следует создать доверительную обстановку, присутствие во время беседы с больным нескольких медицинских работников или студентов-медиков не способствует созданию благоприятных условий для откровенного разговора. Во-вторых, собирать «половой» анамнез следует после установления точного диагноза и стадии заболевания. Такие специалисты, как В.Д. Кочетков, М.В. Милич, У.М. Мирахмедов, Л.В. Белова рекомендуют при сборе анамнеза о половой жизни больного сифилисом применять принцип «оптимального компромисса», используя следующую последовательность процедур: идентификация жалоб больного, проведение объективного и локального осмотров, подтверждение необходимых лабораторных исследований и, лишь после установления точного клинического диагноза, выяснение половых контактов пациента за определённый период времени.

Основательные причины мотивируют врача быть настойчивым и последовательным в поиске источника заражения. Успех поиска во многом зависит от правильно и доступно и корректно состав-

ленных вопросов пациенту. Врач-венеролог, оставаясь тактичным, выдержаным и деликатным, при необходимости может напомнить об административной ответственности, которую несёт больной за умышленное скрытие источника заражения. В сложных ситуациях, особенно с больными, ведущими аморальный стиль жизни, упорно скрывающими интимные связи, привлекаются заведующий отделением, главный врач, а также юрист. В клинической практике есть случаи, когда большинство таких больных назвали свои половые контакты лишь после беседы с юристом.

Первая встреча и беседа врача с больным имеет большое значение, она должна проходить конфиденциально, в атмосфере внимания и доброжелательности. В процессе беседы формируется взаимное доверие и раскрытие пациентом своей интимной жизни. Характер беседы, её содержание определяются личностными и социальными особенностями больного, его профессией, семейным положением, наличием судимости, употреблением психоактивных веществ и др. Например, в беседе с пациенткой, которую супруг заразил сифилисом, необходимо проявить понимание, уменьшить её психо-эмоциональное напряжение, убедить в эффективности лечения и, конечно, заверить в конфиденциальности беседы. Другой подход необходим с пациентами, ведущими аморальный стиль жизни, индифферентно или легкомысленно относящимися к заболеванию. Беседа должна быть серьёзной и конкретной, информация о тяжести заболевания, последствиях, прогнозе правдивой. При этом необходимо обратить особое внимание на ответственность самого пациента за своё здоровье, лечение, соблюдение режима и выполнение всех предписаний лечащего врача.

Важным в работе венеролога является подход к вопросу о сохранении врачебной тайны. Во всех случаях, когда это не противоречит интересам общества, венеролог, как и врачи других специальностей, обязан соблюдать врачебную тайну, а за её разглашение несёт ответственность согласно закону. Вопрос о врачебной тайне в практике врача-венеролога имеет большее значение нежели у других медицинских специалистов. Такое право медицинская деонтология признала давно. У врача-венеролога такое право связано не только с личными интересами больного, но и с интересами семьи, общества.

Заключение

Свообразная деонтологическая тактика в процессе лечения дерматовенерологических пациентов способствует организации охранительного режима, в котором должен быть предусмотрен, как один из обязательных компонентов комплексного лечения, психотерапевтический подход.

Психотерапевтические методы используются с целью нормализации нравственно-психологическо-

го климата в коллективе, развития эффективных взаимоотношений с пациентом и его родственниками. Внутрибольничная обстановка в специализированном отделении должна обеспечивать пациентам безопасность и доверие, уважение к медицинским работникам, устранение тревоги и чувства страха у больных. Ключевые составляющие охранительного режима и психотерапевтической обстановки – это вежливый и приветливый персонал, рациональное устройство подразделений, конструктивная система функционирования лечебного процесса, позитивный стиль интерьера.

Список использованной литературы:

1. Беренбейн Б.А., Студницин А.А. *Дифференциальная диагностика кожных болезней*.
2. Васильев Т.В. В кн.: *Венерические болезни / Под ред. Шапошникова О.К.* – М., 1980. – С. 52-68.
3. Вихляева Е.М., Гамов В.П., Горшков С.З. *Деонтология в медицине: в 2-х т.* – М.: Медицина, 1988. – 416 с.
4. Довжанский С.И., Ивановская К.Н. *Кожные болезни*.
5. Фрунье А. *Лечение сифилиса.* – М., 1992.
6. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В. *Венерические болезни*.

УДК 616.859:61:34

ДИСЦИПЛИНАРНО-КОММУНИКАТИВНОЕ СООБЩЕСТВО И ЕГО ФУНКЦИИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., профессор, г. Павлодар (Республика Казахстан)

1. Под дисциплинарно-коммуникативным сообществом понимается самоорганизованная общность профессионалов, действующая в нормативном контексте определённого научно-практического направления и использующая для оформления коммуникативной деятельности – как внутренней, так и внешней – основополагающие дисциплинарные установки базисной научно-исследовательской программы.

При этом – как мы стремились показать в предыдущих разделах – следует иметь ввиду, что применительно к современной психотерапии именно базисные установки НИП в конечном итоге формируют и социальные, и этические нормативные контексты.

Дисциплинарно-коммуникативное психотерапевтическое сообщество выполняет важнейшую функцию реализации базисной НИП, ускоренной трансляции получаемых инновационных результатов в практику, и, таким образом, способствует выполнению социальной миссии профессиональной психотерапии.

Последняя, в связи с тем, что психотерапия представляет ассоциированную эпистемологическую

В процессе профилактики венерических заболеваний важное место занимают аспекты психологии морали, нравственности и жизненных ценностей. Врач-венеролог в сотрудничестве с другими специалистами, например, с врачом-наркологом, гинекологом, а также психотерапевтом, формирует половое воспитание, культуру сексуальных отношений пациента. Совместная деятельность выше указанных специалистов способствует развитию личностных и социально приемлемых установок, гармонизации духовных ценностей и формированию конструктивных жизненных сценариев пациентов.

платформу, заключается ещё и в формировании соответствующего идиоматического контекста, выполняющего ресурсную функцию обновлённого параметра порядка для современного общества.

Понятие дисциплинарно-коммуникативного сообщества значительно шире, чем формат профессиональной ассоциации, пусть даже и самой крупной, и включает в себя все структуры, имеющие отношения к развитию профессиональной психотерапии:

- профильные научные учреждения и центры;
- образовательные учреждения и центры;
- профессиональные психотерапевтические ассоциации;
- организации, осуществляющие управленческие и координационные функции;
- кластерные структуры, объединяющие научные, образовательные и практические учреждения, центры, кабинеты.

2. В связи со всем сказанным целесообразно более подробно рассмотреть не только область функциональной активности поименованных структур, представляющих собственно психотерапевтическое

дисциплинарно-коммуникативное сообщество, но также и сферу компетенции иных государственных и правительственные органов так или иначе имеющих отношение к вопросам развития профессиональной психотерапии.

В разработанном нами проекте Федерального закона Российской Федерации «О психотерапии» вышеобозначенные области компетенции и функциональной активности раскрываются в соответствующих статьях, регламентирующих процессы государственного и общественного регулирования в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи.

Так, в соответствии с основными положениями данного законопроекта государственное регулирование в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи осуществляется: законодательными органами, органами государственной власти, Министерством здравоохранения Российской Федерации, профильными научными центрами.

К полномочиям государственных органов в сфере развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи, относятся:

1) государственные законодательные органы обсуждают и принимают законодательные акты, устанавливающие права граждан на психологическое здоровье и безопасность, оказание доступной и высококачественной психотерапевтической помощи; пересматривают или отменяют законы, а также иные нормативные акты, необоснованно ущемляющие права граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи; рассматривают и утверждают статьи федерального бюджета, обеспечивающие финансирование профильных федеральных научно-исследовательских и общеобразовательных центров, учреждений и центров, оказывающих психотерапевтическую помощь;

2) Правительство Российской Федерации разрабатывает и проводит единую государственную политику в сфере психологического здоровья и безопасности граждан, развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи; обеспечивает реализацию государственных гарантий прав граждан в данной сфере; разрабатывает и утверждает государственные программы Российской Федерации, целевые программы по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи; создаёт, реорганизует и ликвидирует профильные научно-исследовательские и образовательные центры; утверждает федеральные стандарты в сфере профессиональной психотерапии; осуществляет финансирование федеральных программ по развитию профессиональной психотерапии и психотерапевтической помощи;

3) Министерство здравоохранения Российской Федерации вносит предложения по формированию единой государственной политики в сфере психо-

логического здоровья и безопасности граждан, развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи; проводит единую государственную политику в данной сфере; разрабатывает и реализует программы многоуровневого мониторинга психологического здоровья населения Российской Федерации и оценки потребности в психотерапевтической помощи; на основе научного анализа результатов мониторинга разрабатывает и вносит предложения по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи в Правительство Российской Федерации; проводит экспертную оценку проектов стандартов в сфере профессиональной психотерапии; осуществляет лицензирование и аккредитацию профильных научно-исследовательских, образовательных центров; в пределах своей компетенции разрабатывает и утверждает ведомственные приказы и иные нормативные акты по регулированию психотерапевтической помощи; в пределах своей компетенции осуществляет финансово-экономическую деятельность по развитию профессиональной психотерапии и оказанию психотерапевтической помощи; осуществляет контроль качества реализации профильных научно-исследовательских, образовательных программ, а также программ в сфере оказания психотерапевтической помощи;

4) профильные научно-исследовательские центры на основе проведения комплексных научных исследований готовят предложения по формированию единой государственной политики в сфере психологического здоровья и безопасности граждан, развития психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи; разрабатывают проекты государственных программ Российской Федерации, федеральных целевых программ по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи; разрабатывают и осуществляют многолетние программы фундаментальных и прикладных научных исследований в сфере обеспечения высоких уровней индивидуального и социального психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, разработки и апробации эффективных психотерапевтических методов и технологий, разработки обновлённых вариантов профессиональных стандартов; принимают участие в реализации фрагментов государственной политики, касающихся научного обоснования используемых психотерапевтических методов и технологий, а также в реализации соответствующих фрагментов государственных и целевых программ Российской Федерации по развитию профессиональной психотерапевтической помощи; принимают участие в разработке проектов ведомственных и межведомственных приказов, регулирующих деятельность научных, образовательных и практических учреждений и центров психотерапевтического профиля; выполняют функции организацион-

но-методического и учебного центра в сфере профессиональной психотерапии; осуществляют организационно-методическое и научно-методологическое сопровождение процесса инновационного внедрения новых методов и технологий психотерапевтической помощи и контроль над их эффективностью; принимают участие в подготовке научно-педагогических кадров по специальности «Психотерапия»; совместно с Высшей аттестационной комиссией при Министерстве образования и науки Российской Федерации формируют предложения о создании советов по защите диссертаций учёной степени кандидата медицинских наук, на соискание ученой степени доктора медицинских наук по самостоятельной специальности «Психотерапия», установлению и изменению состава этих советов; активно взаимодействуют с профессиональными ассоциациями, профильными региональными научно-исследовательскими и образовательными центрами по вопросам, касающимся развития профессиональной психотерапии; совместно с профессиональными ассоциациями разрабатывают и реализуют порядок официального признания психотерапевтических методов и технологий; формируют единый реестр официально признаваемых направлений, методов и технологий профессиональной психотерапии.

Общественное регулирование в сфере развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи осуществляется действующими профессиональными психотерапевтическими ассоциациями и объединениями, созданными и зарегистрированными в соответствии с законодательством Российской Федерации.

К сферам компетенции действующих профильных психотерапевтических ассоциаций и объединений относятся:

1) разработка обоснованных предложений по формированию единой государственной политики в сфере обеспечения высоких уровней психологического здоровья и безопасности граждан, развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи;

2) разработка обоснованных предложений по формированию государственных и целевых программ Российской Федерации, региональных программ, реализуемых на уровне субъектов Российской Федерации, по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи;

3) участие в проведении единой государственной политики в сфере обеспечения высоких уровней индивидуального и социального психологического здоровья и безопасности граждан, развития профессиональной психотерапии и совершенствования психотерапевтической помощи;

4) участие в организации и проведении многоуровневого мониторинга психологического здоро-

вья населения и эффективности оказываемой психотерапевтической помощи;

5) участие в разработке и реализации дополнительных образовательных программ повышения квалификации по специальности «Психотерапия» – на основаниях, предусмотренных Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации»; разработке образовательных стандартов в сфере профессиональной психотерапии;

6) разработка и утверждение этического кодекса специалистов-психотерапевтов, специалистов, принимающих участие в оказании психотерапевтической помощи, специалистов, имеющих допуск к оказанию первичной психотерапевтической помощи; формирование этических комитетов и комиссий по вопросам профессиональной этики;

7) защита прав специалистов, действующих в сфере психотерапевтической помощи;

8) участие в деятельности Координационного совета по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи;

9) участие в аттестации специалистов-психотерапевтов, специалистов, принимающих участие в оказании психотерапевтической помощи, специалистов, имеющих допуск к оказанию первичной психотерапевтической помощи в объёме, установленном законодательством Российской Федерации;

10) разработка и реализация порядка официального признания психотерапевтических методов и технологий, формирование единого реестра официально признаваемых психотерапевтических направлений, методов и технологий в сотрудничестве с научно-исследовательскими центрами, действующими в сфере профессиональной психотерапии.

Далее, с учётом особой социальной значимости разрабатываемого научно-практического направления, нами предлагается организация вневедомственной структуры, ответственной за координацию деятельности по развитию психотерапии и действующей при Правительстве Российской Федерации. В подготовленном законопроекте «О психотерапии» данная позиция прописывается следующим образом:

1) Координационный совет по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи является консультативным органом, действующим при Правительстве Российской Федерации на общественных началах;

2) Координационный совет по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи создаётся с целью оптимального сочетания государственного и общественного регулирования в сфере обеспечения высокого уровня психологического здоровья и безопасности, оказания доступной и качественной психотерапевтической помощи;

3) Структура, персональный состав и регламент деятельности Координационного совета по развитию профессиональной психотерапии и совершенствованию психотерапевтической помощи определяется Правительством Российской Федерации.

Таким образом, основные функции дисциплинарно-коммуникативного психотерапевтического сообщества, непосредственно связанные с развитием профессиональной психотерапии (внутренний вектор коммуникативной деятельности), подкрепляются нормативно-предписываемым участием государственных органов Российской Федерации.

3. Что же касается внешней коммуникативной деятельности, то здесь активность дисциплинарно-коммуникативного психотерапевтического сообщества направлена на формирование метамодели социальной психотерапии и продвижение новой ресурсно-ориентированной идеологии, выводимой из основных положений ассоциированной эпистемологической платформы.

При этом следует иметь в виду, что обновлённый идиоматический контекст, в поле которого реализует свои основные жизненные задачи доминирующее поколение, является одной из самых главных, и, в некотором смысле, результирующей составляющей метамодели социальной психотерапии.

С точки зрения современной социологической науки (Г. Лебон, Г. Гард, С. Московичи), данный метаинформационный контекст представляет собой весьма сложный социальный феномен, складывающийся в результате взаимовлияния существующих культурных и конфессиональных традиций, научных взглядов и обычательских представлений на природу того, кто есть человек и каково его место в современном мире. В этих стихийно складывающихся информационных конгломератах формируются корни первичной социальной морали – негласного кодекса правил, дающих чёткие представления о добре и зле, о том, что хорошо и что плохо в поведении человека, проживающего свою жизнь в привычном социальном окружении.

Степень влияния этого «сухого остатка» интеллектуальной и культуральной активности социума на конкретного индивида – представителя восходящего поколения – чрезвычайно велика, поскольку именно за счёт этих простых и понятных любому человеку истин (идиом) закладываются и реализуются соответствующие жизненные сценарии. И далее эти, часто неосознаваемые, сценарные планы могут формировать судьбу целых поколений.

Таким образом, актуальный идиоматический контекст выполняет важнейшую функцию формирования глубинных параметров социального порядка, структурирующих активность восходящего и доминирующего поколений.

Сущностная же миссия идиоматического контекста, прежде всего, ресурсная. Актуальные идиомы,

как следует из всего сказанного, формируют опорную системы координат современного человека, уменьшая степень его экзистенциальной неопределённости и, соответственно, уровень базисной тревоги. В структуре идиоматического контекста ведётся поиск несущих жизненных смыслов, обеспечивающих ресурсный статус и конструктивную социальную мотивацию индивида. Наконец, в кризисных ситуациях усвоенные правила – идиомы подсказывают простые и эффективные пути поиска дополнительных психологических ресурсов, необходимых для успешного преодоления очерченных по времени кризисов, либо для относительно комфортного существования в условиях постоянно-аггрессивной кризисной среды. О сверхактуальности обозначенной ресурсной миссии идиоматического контекста говорить даже и не приходится, поскольку знаменитая максима: «Жизнь – тяжела, человек – слаб», – справедлива на все времена, и не только для маргинальных слоев населения.

Структурно-феноменологический анализ комплекса актуальных идиом показывает, что в данном информационном контексте всегда присутствует центральная системообразующая идея, выполняющая основную ресурсную миссию и являющаяся матрицей для относительно более простых идиом следующего порядка, – например, идея Бога в иррациональном и позитивистской идея науки в рациональном взгляде на реальность.

В качестве такой главной конструкции обновлённого идиоматического контекста мы представляем идею Нового Времени – целительный и ресурсный потенциал, который, с нашей точки зрения, в большей степени соответствует современному социальному запросу.

Общие контуры понятия Нового Времени следующие.

В первую очередь, понятие Нового Времени в событийно-факторическом плане невозможно соотнести с каким-либо определённым историческим этапом, ибо Новое Время наступает тогда, когда приходит новое понимание времени как весьма субъективного способа структурирования реальности (её объектно-предметных и закономерных характеристик). Вместе с тем социальные последствия доминирования обновлённого взгляда на феномен времени (а, значит, и на подвижную структуру реальности) могут быть весьма значительными.

В данной связи мы используем термин «Новое Время» – с обозначением феномена времени с заглавной буквы (чем он и отличается от принятого в науке одноимённого термина, где имеется в виду определённый этап исторического развития, предшествующий Новейшему Времени).

В позитивно-утвердительном ключе идея Нового Времени представляет собой доминирование нового способа презентации реальности с использованием методологии кольцевого научного архе-

типа. В качестве основного инструмента изменения структуры реальности данная методология предполагает подвижные параметры фиксируемого импульса изменений (ФИАС) – фундаментальной характеристики функции сознания или виртуальные аналоги данного процесса, воспроизводящие пластичную активность сознания с конструированием объёмных квантов времени и репрезентацией многомерной реальности.

Новый тип рациональности, возникающий на данной основе теперь уже с использованием «легальных» мыслительных механизмов, способен вмещать доселе неуловимые, внезнакомые суперресурсные инстанции психического, обозначаемые как душа, дух. Отсюда выводятся возможности адекватного совмещения противоречивых систем координат современного человека, с обретением им полноценного ресурсного статуса. Открывается перспектива разработки универсальной системы фундаментальных допущений, преодолевающей ограничения келейных (ограниченно-рациональных, иррациональных) взглядов на мир, изживших себя архетипов научного мышления.

Далее, рассматриваемое понятие не имеет ничего общего с социологическими теориями, характеризующими как современный этап развития общества, так и ближайшие или отдаленные футурологические перспективы («Постиндустриальное общество» Даниэля Белла; «Третья волна» Олвина Тоффлера; «Электронное общество» Герберта Мак-Люзана; «Информационное общество» Ешидо Масуды и т.д.), поскольку по своим внутренним характеристикам идея Нового Времени прямо противоположна встроенному в вышеприведённые социальные формации одномерному и уплощённому представлению о времени и реальности, способу бытия с опорой на противоречивые системы координат (рациональную, иррациональную), и конфронтационные модели фундаментальных допущений, лежащих в их основе.

По своим внешним характеристикам (последствия тяжёлого схизиса между одномерно-факторологической и ресурсной составляющей бытия современного человека в виде разрастания социальных эпидемий наркомании с сопутствующим ВИЧ/СПИДом, преступности, терроризма, религиозного экстремизма и других «флагов» социальных катастроф) идея Нового Времени является собой, противоположный современному, социальный вектор тенденциозности. Это же касается и основных экономических стимулов, обеспечивающих соответствующую социальную динамику. Концепция Нового Времени обосновывает преобладающую экспансию рынка здоровья, в частности, психологического здоровья, и технологий, обеспечивающих форсированное развитие и поддержание его высоких уровней (а не рынка энергоинформационных носителей и линейной информации, как это декларируется в поименованных социальных теориях).

Наиболее значимыми социальными последствиями доминирования обновлённого взгляда на реальность и нового типа рациональности является возможность формирования новых параметров порядка, исключающих спекуляцию на иррациональном, с одной стороны, и дающих максимальные ресурсные возможности для реализации конструктивных жизненных сценариев – с другой.

Идея Нового Времени, не будучи очередной социальной утопией, лишена какой бы то ни было необоснованной идеологической нагрузки и амбиций. Спокойный голос идеи Нового Времени ничто не декларирует и ни к чему не призывает. Он лишь прямо указывает на тот факт, что одна из двух величайших, по выражению Иммануила Канта, загадок человечества – нравственный закон внутри нас – имеет более чем солидные основания, которые отныне можно не только прорицать или смутно чувствовать, но и знать, а это многое меняет.

Идея Нового Времени, в соответствии с обновлённым типом фундаментальных допущений, лежащих в её основе, имеет двойственную, неконфликтную (что очень важно!) эвристичность – как в смысле формирования собственно научно-инновационных оснований того, что именуют реальностью, так и в плане инновационного обоснования и соответствующей трансформации тех несущих идиом иррациональной системы координат, терапевтический и ресурсный потенциал которых не исчерпан.

Последний тезис мы проиллюстрируем на примере инновационной (в духе кольцевого научного архетипа) трансформации двух основополагающих конструкций иррационального полюса – идеи личного бессмертия и грядущего апокалипсиса (конца света).

Функциональный смысл идеи личного бессмертия понятен – таким образом, блокируется пик экзистенциальной тревоги (если не сказать – паники) в отношении неизбежного и отнюдь не абстрактного финала жизненного пути каждого человека.

Однако то, каким образом рассматриваемая идея представлена в существующих иррациональном и рациональном идиоматических контекстах, наглядно показывает ограниченный ресурсный потенциал данных конструкций по отношению к экзистенциальным проблемам современного человека.

Если единственным предъявляемым доказательством возможности личного бессмертия являются эксклюзивные случаи чудесного воскрешения, описанные в канонических текстах, то о каком, собственно, бессмертии идёт речь – о физическом или всё же о психическом? В итоге, высокая степень неопределенности, заложенная в самой идее личного бессмертия, оформленной в ключе иррационального идиоматического контекста, не оставляет шансов для полноценного избавления от деструктивной экзистенциальной тревоги и сопутствующей девальвации основных жизненных смыслов. Догмат же

слепой веры далеко не всегда компенсирует обозначенную степень концептуального дефицита.

Однако какой бы ущербной, в смысле доказательности и полноты содержания, не выглядела обсуждаемая идея в иррациональной системе координат, в узкорациональном идиоматическом контексте перспектива поиска эффективных механизмов компенсации базисной экзистенциальной неопределённости и тревоги выглядит ещё более сомнительно. Дефицит осмыслинной взаимозависимости между категориями информации и времени в общей структуре знаний, представляющих узко-рациональный подход, не оставляет возможностей для существования какой-либо информационной системы (например, для феномена осознаваемого «Я») вне стандартного формата времени, за пределами, так называемой, «объективной» реальности. Таким образом, узко-рациональная система координат попросту не имеет адекватной концепции в отношении сущностного содержания таких категорий, как «вечность» и «бесконечность». Представления же о бесконечности, как о неком, объёмно-форматируемом (а, значит, по определению, – конечном) пространстве, также как и представления о вечности, связанные с линейным временем, мягко говоря, не соответствуют сути рассматриваемой проблемы.

За неимением ничего лучшего, обсуждаемую в русле рассматриваемого идиоматического контекста возможность непрерывного физического существования индивида, также нельзя считать удачным решением существующих экзистенциальных проблем современного человека, поскольку в данной ситуации основные жизненные смыслы не только девальвируются, но и полностью исчезают.

В аргументируемом нами обновлённом идиоматическом контексте проблема экзистенциальной тревоги, так же как и идея личного бессмертия, предстают в совершенно ином свете.

С позиций кольцевого научного архетипа данную экстраординарную идею невозможно рассматривать без точных представлений о пластических свойствах феномена времени и того, что есть смерть по отношению к данному феномену. Далее, невозможно рассматривать идиому личного бессмертия без адекватной разработки концепта вечности и необходимого удаления из семантического поля этого гипнотизирующего термина нелепых представлений о «безграничном» объёме линейного времени, которое он, якобы, должен вмещать.

Разработка обновлённой семантики всех вышеуказанных понятий в ключе кольцевого научного архетипа убеждает в том, что от вожделенной вечности – категории, которая по определению не может структурироваться стандартным временем и, соответственно, содержать его характеристик – нас отделяет всего один миг – момент настоящего – и лишь только в том случае, когда наше сознание функционирует со стандартными значениями генери-

руемых квантов реальности. Если же этого не происходит (состояние смерти), то мы уже «двумя ногами» в вечности, откуда наша осознаваемая личность (не говоря уже о внесознательных инстанциях), по существенному счёту, никогда и не «выходила».

Из всего сказанного следует, что в концепции кольцевого научного архетипа, избавленной от нелепых представлений о природе и функциях категории времени, архаических способовreprезентации реальности, состояние смерти и категория вечности полностью тождественны. А наша эпохальная тоска по вечности интерпретируется как неадекватная привязанность к смерти. Таким образом, по логике обновлённого идиоматического контекста, избавляясь, в первую очередь, следует от деструктивной привязанности к смерти, а не к жизни (как это советовал благородный принц Ситхартха Шакьямуни).

Соответственно, в контексте идеи Нового Времени категория жизни воспринимается как реальная возможность обретения человеком качества «самости». То есть, именно этого качества, уникальные контуры которого, по мысли Гераклита, и являются блестательным лицом вечности, её непреходящей памятью – мерой всех вещей.

Отсюда – только один завет, «выставляемый» перед человеком внесознательными инстанциями, страстно желающими быть познанными (измеренными) и обрести вечную память о самих себе (собственную «самость») – прожить свою собственную жизнь. Без страхов и опасений по поводу неизбежного ухода. С радостью и благодарностью за всё.

Таким образом, в новом идиоматическом контексте полноценное избавление от страха смерти – это ещё и избавление от страха жизни, с высвобождением огромного количества блокированной энергии.

Далее мы рассмотрим ещё один иллюстративный пример, касающийся уже мифологической истории развития человеческого рода и показывающий возможность сущностного, но в то же время экологически-бережного переосмысливания основных идиом иррациональной системы координат.

С позиции нового идиоматического подхода спрессованная ткань мифа, как никакая другая, даёт представления об альтернативной панораме событий, излагаемых, по преимуществу, внесознательными инстанциями психического, для которых существует актуальная необходимость перевода языка глобальной памяти в систему понятий, приемлемых для осознаваемой личности. Отсюда – стиль большой метафоры, язык компромисса, являющийся, конечно, первым приближением к более совершенным механизмам рационализации.

В общем содержании мифологических сюжетов нас, прежде всего, интересует суть основного гуманистического конфликта – главного предмета воздействия метамодели социальной психотерапии, а также обозначение центральной терапевтической идеи,

в аспекте которой будет найдено достойное решение. По ходу текста уже неоднократно отмечалось, что в качестве такого конфликта мы видим полную несовместимость и деструктивную динамику взаимовлияния двух опорных идиоматических систем, координирующих бытие современного человека.

Но вот как выглядит история развития этого конфликта и его возможного завершения с позиции мифотворчества.

О точке отсчёта этой драматической, наполненной внутренним схизисом эпохи нам повествует грандиозный и наиболее известный миф об изгнании человека из рая. Вкусивший неспелый плод познания был наказан утратой ресурсной целостности, несовместимой с новой узко-рациональной системой координат. Кульминационное завершение эпохи «расщеплённого» времени описано в наиболее оптимистичном, дающем подлинную надежду мифе о конце света. Данная тема настойчиво присутствует во всех, сколько-нибудь серьёзных космогонических конструкциях. Наиболее впечатляющими сюжетами повествований такого рода являются панорамы страшного суда утонувшего в грехах человечества.

Полагаем, однако, что при этом подразумевается не только конец «этого» света, но и света «того». Ибо, если внимательно присмотреться к соответствующим текстам, мы постоянно наталкиваемся на следующее обозначение манифестации грандиозного финала: конец света будет тогда, когда «два соединятся в одно».

Ничего не имея против такого внешне скандального способа наказания заблудившегося человечества, всё же заметим, что, по нашему мнению, в данном случае метафорический язык повествует о неизбежном возвращении великого диалога между основными сторонами со-бытия: суперресурсными инстанциями с одной стороны и действующими лицами (личностями) – с другой. Возможность подобного диалога обеспечивается методологией кольцевого научного архетипа и технологиями форсированного развития феномена диалогизированного сознания, выполняющими функцию адекватного перевода одномерной знаково-образной модели реальности (язык осознаваемой личности) в многомерные характеристики с меняющейся пластикой объектно-закономерных конфигураций гиперреальности (язык внесознательного).

Результирующая истина представленных мифологических сюжетов предельно проста: монологизированный статус человеческого сознания ведёт к тяжёлому схизису; диалогизированный статус сознания ведёт к ресурсной целостности. Истинная миссия социальной психотерапии, в свете всего сказанного, – это целительство в подлинном, глубинном смысле этого слова. Новый свет, рождающийся на пепелище страшного суда (метафора грядущей переоценки ценностей и неизбежной ревизии

нашей однобокой памяти), конечно, будет и ярче и интереснее своих прародителей.

Вышеприведённые иллюстрации инновационной трансформации наиболее узнаваемых идиом иррациональной системы координат, на наш взгляд, достаточно убедительно доказывают тезисы о возможности совмещения научно-инновационных, экологических и целительно-терапевтических подходов в общем контексте идеи Нового Времени.

Аргументируемая нами идея Нового Времени, в аспекте профилактики распространения основных социальных эпидемий, предлагает процесс экологически выверенной, глубинной трансформации актуального идиоматического пространства. При этом внешний формат несущих идиом социального порядка остаётся вполне узнаваемым. Однако характер используемых аргументов и способов их воспроизведения в ментальности конкретного человека существенно меняется. Таким образом, обеспечивается неконфликтная развивающая динамика несущих экзистенциальных смыслов и соответствующих социальных идиом.

Прежде всего, с позиции идеи Нового Времени, человеческий разум, вмещающий в себя новый тип рациональности и новые креативные возможности, способен на регенерацию сущностного завета в отношении того, какие истины ведут к устойчивому развитию человека в современном мире, и какие заблуждения – к стагнации и краху его цивилизационных достижений.

В контексте идеи Нового Времени: искушённый, во всем требующий доказательств, субъект, уже не приемлет никаких посреднических редакций обновлённого свода нравственных законов. И лишь один автор будет пользоваться его неизменным успехом. В метафорическом смысле: Евангелие от Господа Бога – вот главный бестселлер эпохи Нового Времени. В аргументируемой нами концепции есть полное понимание того, каким образом возможно возвращение великого диалога между осознаваемой личностью и внесознательными суперресурсными инстанциями, именуемыми душа, дух, Бог. Скромная роль науки здесь заключается в разработке инструментария, необходимого для реализации данного процесса – соответствующего научного архетипа, концепта обновлённой рациональности, модели диалогизированного сознания с возможностью виртуальной презентации диалогизированной активности психики субъекта. Этот инструментарий – лишь некий новый язык с правилами переводной грамматики, которыми может пользоваться каждый желающий, и не более того.

Однако данный язык и есть недостающее звено в двух, наиболее пронзительных и многозначительных, сентенциях минувшей эпохи. Первая повествует о том, что царствие духа – внутри нас и в том, что вокруг. Вторая – оформляет великую экзистенциальную загадку рефлексирующего человека в отно-

шении смысла существования звёздного неба над нами и нравственного закона внутри нас.

В ключе новой рациональности для сущностного понимания того, каким образом могут сливаться в одно целое – звёздное небо (то, что вокруг) и нравственный закон (царствие духа внутри нас), экстремальный трансперсональный опыт не обязателен. Новые узоры гиперреальности, складывающиеся за счёт использования объёмных единиц момента настоящего (ФИИ), разворачивают удивительную панораму последовательной трансформации того, что именуют «объективной реальностью» в сущности иного порядка, вмещающие в себя всё, что, когда-либо было сотворено, в том числе и рефлектирующего субъекта. Последний теперь – за счёт полного прочтения выносимого за скобки текста – со всей возможной очевидностью и доказательностью получает сущностные ориентиры бытия в этой новой гиперреальности – нравственные законы, непреложные как звёздное небо, или всё то, что вокруг нас. Отсюда, безусловно, некие новые перспективы жизни «по совести».

Для человека, самостоятельно читающего полный текст Книги Бытия, открываются новые возможности решения проблемы экзистенциальной неопределенности и сопутствующих базисных страхов жизни и смерти. Ему понятен смысл того, как наша кратковременная память – жизнь – переходит в долговременную память – вечность. Избавленный от неадекватной привязанности к смерти (смерть – это блеф узкогоциональной системы координат), он открывает для себя простую истину: если вся наша память – это и есть наша жизнь, то следует заниматься содержанием жизни и ничем другим.

Отсюда же, со всей очевидностью и непреложностью, выводимы три основных приоритета обновлённой рациональности – жизнь (творение, творчество), свобода (возможность творения и потенциал новых событий), паритет свободы (твоя свобода ограничивается там, где начинается свобода другого). Идиомы следующего порядка: не убий, не укради, почтай родителей своих, заботься о детях своих и т.д. – это производные от ясных и понятных первичных истин, следование которым даёт возможность каждому (а не только себе) выполнить главный завет – прожить свою собственную жизнь и укорениться в неком метафорическом рае собственной памяти (если эта память свидетельствует во славу жизни). От суда памя-

ти, для которой ориентиры гиперреальности отнюдь не являются красивой сказкой, в этих новых условиях просто некуда деться, поскольку спасительный тупик небытия рассыпается в прах.

Впрочем, самоочевидные пути гармонизации жизненных координат человека с новым типом рациональности и, соответственно, обновлёнными корнями того, что именуется совестью, нравственностью, моралью, вряд ли будут восприниматься с эмоциями страха перед неизбежной карой, трепета перед «десницей божьей», и другими подобными, архаическими реакциями на обоснованные социальные ограничения. Скорее, это будет эффект неодумения – как можно жить по-другому, если абсолютно понятно, что разделённые на одном уровне форматирования реальности живые объекты, так же, как и то, что подразумевается под термином «природа», составляют единое целое на другом уровне; что всякое острье, направленное вовне, поражает твоё собственное сердце, живущее по законам внезознательного; что твоя память – личность (избавленная от одномерных ограничений, действующая в режиме диалогизированного сознания), изначально подвластная этим законам, – способна устанавливать границы достойного компромисса между собственными потребностями и степенью свободы в их реализации, и свободой другого человека.

В силу всего сказанного, идиоматические призывы к собиранию богатств «на небе» и отношению к ближнему, как самому себе, будут вполне понятны и сопоставимы с внутренним стержнем обновлённой рациональности.

Таким образом, будет выстраиваться следующий краеугольный камень нового социального порядка, неподвластный атакам поверхностного рационализма и, вместе с тем, лишённый неподъёмной тяжести отвергаемых рассудком иррациональных идиоматических построений.

Этот заново выстраиваемый фундамент будет не только прочным, но удобным и безопасным. Ибо сама по себе рассматриваемая идиоматическая концепция, предполагающая прямое информирование о структуре гиперреальности, отмечает всякую возможность спекуляции на посредничестве между человеком и внезознательными инстанциями, профилактируя, таким образом, вовлечение субъекта в религиозные секты экстремистского или деструктивно-социального толка.

Список литературы:

1. Гард Г. Социальная логика. – СПб., 1996. – 427 с.
2. Лебон Г. Психология народов и масс. – СПб., 1995 – 311 с.
3. Московичи С. Век толп. – М.: «Центр психологии и психотерапии», 1996. – 478 с.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

УДК 616.89

ПРОЕКТ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЁЖИ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Т.В. Пак

доцент кафедры «Педагогика и психология» Инновационного Евразийского Университета, к.м.н., PhD, врач-психотерапевт, медицинский психолог Центра психотерапии и психологической поддержки

Введение

Сегодня учреждения образования проводят большую работу по профилактике девиантного поведения, в том числе химических и нехимических (психологических) аддикций среди детей и молодёжи. Ведущая роль системы образования в первичной профилактике определена тем фактом, что дети и молодёжь являются организованным контингентом общеобразовательных и средне-специальных учебных учреждений.

В соответствии с Указом Президента Республики Казахстан от 29.11.2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты •аза•стан» на 2011-2015 годы» и Постановлением Правительства Республики Казахстан от 29.01.2011 № 41 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты •аза•стан» на 2011-2015 годы» формирование физического и психического здоровья детей и подростков, формирование здорового образа жизни путём системного и комплексного подхода к профилактике и усиление контроля над поведенческими факторами риска признаны одними из приоритетных целей деятельности здравоохранения, конечной целью которой является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны.

Научный подход

В связи с выше изложенным, Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, РК) была разработана и реализована научно-техническая программа «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркозависимости, экстремизма, терроризма, вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромания) в Республике Казахстан на 2011-2013 годы. Одним из научных проектов данной программы являлось исследование рисков вовлечения в химические и нехимические (психологические) аддикции среди детей и молодёжи Республики Казахстан. В ходе исследова-

ния была выявлена взаимосвязь между химическими и нехимическими аддикциями, что соотносится с результатами ранее проведённых исследований. Также у лиц, имеющих риски в отношении химических зависимостей (алкогольной, наркотической), чаще отмечаются риски вовлечения в такие нехимические аддикции, как компьютерная и игровая зависимости. В исследовании была отмечена взаимосвязь между уровнем психологического здоровья и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции. Так, у лиц, имеющих низкий уровень психологического здоровья, чаще отмечается высокий уровень риска вовлечения в наркотическую, алкогольную, а также в игровую и компьютерную зависимости. Было установлено, что вероятность развития химических и нехимических аддикций у лиц с низким уровнем психологического здоровья в 2,6 раза выше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья. Кроме того, была выявлена взаимосвязь между качеством жизни и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции. В частности, у лиц, меньше уделяющих времени учёбе, не удовлетворённых общением в семье, с друзьями, чаще отмечались риски вовлечения в химические и нехимические аддикции. Наряду с этим, следует отметить, что лица, имеющие риски вовлечения в химические и нехимические аддикции, в сравнении с лицами, не имеющими рисков аддиктивного поведения, более агрессивны.

Вместе с тем, первично профилактическая работа, осуществляемая на практике в системе образования, не всегда основывается на едином научно обоснованном подходе, проводится вне стандартных требований и норм, недостаточно централизовано и успешно координируется, не разработана нормативная база для взаимодействия специалистов различного профиля.

Профилактическая деятельность сегодня в учреждениях образования складывается фрагментарно, разрозненно и во многом стихийно вследствие трансляции и «копирования» зарубежных профилактических программ без учёта адаптации и этно-культурных особенностей, норм и социально-экономических условий.

Вместе с тем, профилактика аддиктивного поведения среди детей и молодёжи – это целостная, организуемая в рамках единой государственной программы системы мер, которая реализуется государственными и общественными структурами, имеет своё содержание, этапы, мониторинг и итоговые результаты. Разработка, планирование, реализация и оценка профилактики в таком контексте должны быть основаны, прежде всего, на фундаментальном положении, определяющем профилактику как системную деятельность, включающую комплекс мероприятий, как отдельных специалистов, так и взаимодействие учреждений, ведомств и общественных организаций, а также направленную на итоговые результаты. Следовательно, первичная профилактика аддиктивного поведения среди детей и молодёжи должна осуществляться комплексно в виде региональных профилактических программ.

Региональные программы первичной профилактики должны быть созданы из компонентов, эффективность которых доказана мировой и отечественной практикой:

- 1) мероприятия по снижению предложения психоактивных веществ, проводимые преимущественно силовыми структурами;
- 2) мероприятия по снижению спроса на психоактивные вещества, осуществляемые специалистами по профилактике и активом из участников программ;
- 3) ресурсно-информационная и организационно-методическая деятельность и координация, осуществляемые региональной администрацией.

Для координации процесса реализации профилактической программы в регионе целесообразно создание координационной группы из следующих представителей: куратор от Министерства образования и науки, специалисты системы образования, специалисты иного профиля (например, здравоохранения, внутренних дел) для работы по принципу единой команды.

Следовательно, в профилактической деятельности должны применяться наиболее эффективные подходы в едином пространстве региона, что необходимо для координации профилактических усилий на основании единых стандартных требований в рамках единой научной концепции, в качестве которой может рассматриваться «Концепция психологического здоровья» (Катков А.Л. и соавт., 2004).

Объединение усилий специалистов различного профиля, их сотрудничество и взаимодействие в региональной программе определяют необходимость разработки стандартных требований с учетом специфики компонентов профилактической деятельности и типа целевых групп (Валентик Ю.В. и соавт., 2004). Стандартные требования ставят перед каждым участником профилактической работы специфические задачи, от успешного комплексно-

го решения которых зависит конечный результат всей профилактической деятельности в целом.

Таким образом, эффективное осуществление региональных профилактических программ становится возможным на основе стандарта первичной профилактики, который должен регламентировать профилактическую деятельность в отношении химических и нехимических аддикций среди детей и молодёжи в системе образования.

Основные положения проекта стандарта

Под стандартом первичной профилактики аддиктивного поведения среди детей и молодёжи в системе образования понимается система основных (нормативно заданных) форм профилактической деятельности, направленная на достижение и упорядочение данной деятельности путём разработки и установления требований, норм, правил, характеристики, условий, технологий, работ, услуг, применяемых в профилактических целях.

Стандарт – это нормативный документ, утвержденный Министерством образования Республики Казахстан (РК), в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы, характеристики, касающиеся различных аспектов профилактической деятельности и её результатов. Данный нормативный документ направлен на достижение оптимальной степени упорядочения деятельности в области профилактики. Стандарт профилактики – это не программа, а обязательный минимум содержания профилактических программ, реализуемых в системе образования.

Область применения стандарта – система образования, включающая не только учреждения и структуры образования, но и все другие сферы жизнедеятельности несовершеннолетнего учащегося, где происходит его обучение и воспитание.

Цель стандарта – регламентация деятельности по осуществлению первичной профилактики аддиктивного поведения в образовательной среде и реализации соответствующих профилактических программ.

Стандарт позволяет решать следующие задачи:

- определять предмет, субъекты и объекты (целевые группы) профилактической деятельности;
- определять комплекс профилактических мероприятий, позволяющий достичь итоговых результатов первично-профилактической деятельности;
- определять обязательные элементы профилактической деятельности, поддерживаемые государством (компонент на уровне министерства) и вариативные элементы (региональный компонент);
- определять инструменты и критерии, позволяющие проводить мониторинг и оценку результатов профилактической деятельности.

Основными объектами стандарта являются: содержание, нормативные структуры и результаты

профилактических работ, входящих в систему профилактической деятельности на региональном уровне.

Основными целевыми группами, в отношении которых осуществляются профилактические воздействия, являются несовершеннолетние учащиеся, педагогические и социально-психологические специалисты, члены семей и значимые другие лица несовершеннолетних.

Основным предметом является уровень психического здоровья у учащихся детей и молодёжи.

Основными субъектами стандарта являются органы исполнительной власти (управления образования областных акиматов) и специалисты, участвующие в образовательной и воспитательной деятельности.

Основной компонент профилактической работы, предусмотренный стандартом, входит в функциональные обязанности педагогических специалистов учебных заведений (педагог – психолог, социальный педагог, инспектор). Обучение профилактической деятельности предусматривается в рамках психологической подготовки педагогов и реализуется как через систему института повышения квалификации (ИПК), так и через специальное обучение. Из числа работников Министерства образования предусматривается подготовка специалистов, занимающихся исключительно профилактической деятельностью. Такого рода квалифицированные специалисты в стандарте обозначаются как превентологи. Предусматривается обязательное участие в профилактической деятельности в качестве её субъектов актива из числа участников профилактических программ, а определённые виды профилактической деятельности реализуются совместно со специалистами иного профиля (медицинские работники, инспекторы по делам несовершеннолетних, специалисты досуговой сферы, работники средств массовой информации (СМИ) и т.д.).

Основные ожидаемые результаты выполнения стандарта заключаются в формировании высокого уровня психологического здоровья, развитии гармоничной личности учащегося, формировании ценностных ориентаций и установок, исключающих аддиктивное поведение, в усвоении позитивных жизненных сценариев, обеспечивающих успешную самореализацию и противостояние деструктивному жизненному сценарию, а также в формировании физического и психического здоровья учащегося. Ещё один значимый результат – это формирование единой системы профилактической деятельности, создание команд профессионалов, осуществляющих первичную профилактику в регионах.

Функции стандарта первичной профилактики:

- формирование единого профилактического пространства;
- обеспечение качества первичной профилактической деятельности;
- менеджмент – управление;

– мониторинг – оценка.

Структура стандарта включает в себя описание:

- a) обязательных профилактических воздействий для каждой основной целевой группы;
- b) субъектов, осуществляющих профилактические воздействия;
- c) средств профилактических воздействий;
- d) основных результатов профилактических воздействий;

д) инструментов мониторинга и оценки промежуточных и итоговых результатов.

По каждому направлению профилактической деятельности в отношении каждой целевой группы стандарт определяет состав исполнителей, основные цели (тип воздействия), способы реализации (инструменты воздействия), ожидаемые результаты и инструменты мониторинга, оценки достигнутых результатов.

Стандарт содержит технологичные и воспроизведимые воздействия, ведущие к предсказуемым результатам, поддающимся измерению с помощью оценочных инструментов.

Обязательный компонент определяет единые минимальные требования и условия, обеспечивающие качество профилактической деятельности в системе образования, т.е. определение минимального стандартного ассортимента профилактических мероприятий и в соответствии с требованиями выделение соответствующих ресурсов, проведение координации, мониторинга и оценки профилактической деятельности в образовательной среде в пределах административной территории региона.

Вариативный компонент определяется самими субъектами профилактической деятельности и отражает специфику профилактической деятельности в образовательной среде с учётом региональных условий и особенностей. В вариативный компонент стандарта включаются профилактические инструменты, прошедшие достаточную экспертизу на практике.

Профилактическая программа, предусмотренная государственным стандартом, осуществляется в течение учебного года для всех целевых групп, включённых в стандарт первичной профилактики. Ежегодно с учётом региональных возможностей субъектов процесса осуществляется расширение охвата основных целевых групп и методов профилактики. Таким образом, стандартизации подлежит программно-организационная профилактическая деятельность в отношении четырёх основных целевых групп:

- 1) учащиеся дети и молодёжь;
- 2) педагоги, специалисты социально-психологической сферы учреждений образования;
- 3) родители и активисты (родительский комитет) из членов семей учащихся;
- 4) значимые другие лица (ЗДЛ) учащихся из досуговых сфер.

Проект стандарта первичной профилактической работы с целевой группой «Учащиеся»

Стандарт состоит из следующего комплекса видов профилактической деятельности:

- формирование адекватной информированности через усвоение знаний, отношений и установок – лекции, семинары, интерактивные компоненты учебных дисциплин;
- развитие психологических свойств, качеств, умений и жизненных навыков через тренинговые технологии;
- определение уровня психологического здоровья, рисков вовлечённости в проблему аддиктивного поведения через диагностические инструменты;
- дифференциация контингента через интервьюирование, направление к специалистам на индивидуальное консультирование, индивидуальную коррекцию и психолого-педагогическое сопровождение;
- волонтёрская деятельность участников в профилактической программе через формирование актива, его подготовку и стимуляцию;
- досуговая деятельность участников в профилактической программе через сотрудничество с молодёжными и досуговыми организациями;
- мониторинг и оценка эффективности программной профилактической деятельности.

В стандарт включаются следующие компоненты.
1. Информационная деятельность:

Тип воздействия: формирование адекватной информированности, общих знаний, отношений и установок о самих себе, окружающих.

Инструмент и субъект воздействия:

- а) тематические лекции, семинары, тренинги. Субъекты воздействия – педагоги, психологи, социальные педагоги, инспекторы, превентологи;
- б) предметные занятия по учебным дисциплинам – специальные интерактивные компоненты в гуманитарных дисциплинах. Субъекты воздействия – педагоги-предметники.

Результат воздействия: знания о личностной идентичности, интерперсональных особенностях личности, собственных потребностях и потребностях значимых других лиц (ЗДЛ).

Инструмент оценки воздействия: соответствующие анкеты, опросники.

Тип воздействия: формирование специальных знаний, отношений и установок об аддиктивном поведении.

Инструмент и субъект воздействия:

- а) специальные тематические семинары. Субъекты воздействия – психологи, превентологи, медицинские работники;

- б) предметные занятия по учебным дисциплинам – интерактивные компоненты. Субъекты воздействия – педагоги-предметники.

Результат воздействия: специальные знания об аддикциях; негативное отношение к аддиктивному поведению.

Инструмент оценки воздействия: специальные анкеты, опросники.

- 2. Тренинговые занятия:

Тип воздействия: тематические тренинги, направленные на развитие свойств психологического здоровья.

Инструмент и субъект воздействия: практические тренинговые занятия. Субъекты воздействия – психологи, социальные педагоги, обученный актив из числа участников профилактической программы, превентологи.

Результат воздействия: развитие свойств психологического здоровья, устойчивости в отношении воздействия агрессивной внешней среды, самоорганизации.

Инструмент оценки воздействия: диагностический инструмент уровня психологического здоровья.

- 3. Определение степени вовлеченности контингента в химические и нехимические аддикции:

Тип воздействия:

- а) обследование целевой группы на наличие факторов риска;
- б) проведение диагностического скрининга;
- в) анкетирование

Субъекты воздействия – психологи, социальные педагоги, инспекторы, медицинские работники, превентологи.

Результат воздействия: выявление групп с высоким риском, с наличием риска и с низким риском вовлеченности в химические и нехимические аддикции, группы с наличием аддиктивного поведения, нуждающиеся в помощи.

Инструмент оценки воздействия: диагностический инструмент уровня психологического здоровья, анкета, опросник.

- 4. Дифференциация и коррекция контингента, консультирование, организация и психолого-педагогического сопровождения потоков помощи:

Тип воздействия: проведение дифференциации и санации контингента, организация потоков помощи.

Субъекты воздействия – психологи, социальные педагоги, инспекторы во взаимодействии с медицинскими работниками, специалистами наркологами – аддиктологами, психотерапевтами, превентологи.

Результат воздействия: наличие учтённого контингента, которому оказана помощь.

Инструмент оценки воздействия: анкета, опросник.

- 5. Формирование актива, волонтёрская деятельность и волонтёрское движение:

Тип воздействия:

- а) выявление и обучение актива профилактическим воздействиям и стимуляции работы;

- б) организация волонтёрского движения среди сверстников.

Инструмент воздействия:

- а) участие актива во всех выше указанных практических, тренинговых занятиях;
- б) расширение и создание новых волонтёрских организаций, реализующих программы «Равный – равному»;
- в) выявление и мотивирование волонтёров по профилактической работе среди сверстников;
- г) семинар по современным технологиям профилактической работы среди сверстников;
- д) тренинг по современным технологиям профилактической работы среди сверстников.

Субъекты воздействия – психологи, педагоги, классные руководители, социальные педагоги, подготовленный актив из числа участников программы во взаимодействии со специалистами и членами молодёжных организаций, волонтёрами.

Результат воздействия:

- а) наличие подготовленного актива из числа успешных участников профилактических программ;
- б) увеличение числа волонтёров, ведущих профилактическую работу в подростково-молодёжной среде;
- в) волонтёрское движение по типу «Равный – равному».

Инструмент оценки воздействия:

- а) документирование подготовленного актива;
- б) документирование волонтерских организаций;
- в) статистические данные.

УМК: методическое пособие «Равный – равному».

6. Организация досуговой деятельности:

Тип воздействия:

- а) досуговая деятельность профилактической тематики;
- б) программы специфической досуговой активности с профилактическими элементами;
- в) сотрудничество с лидерами молодежных и досуговых организаций.

Инструмент воздействия:

- а) досуговые мероприятия профилактической тематики в молодежной среде;
- б) спортивные соревнования, походы, путешествия. Субъекты воздействия – классные руководители, психологи, педагоги, инспекторы, члены молодежных организаций, специалисты по творческим видам деятельности, специалисты по спорту и туризму.

Результат воздействия:

- а) реализация профилактических мероприятий в массовых досуговых программах;
- б) сценическое информирование профилактической тематики в широкой молодежной среде;
- в) увеличение охвата несовершеннолетних программами специфической досуговой активности.

Инструмент оценки воздействия:

- а) анкетирование целевой группы молодёжи;
- б) статистические данные.

7. Мониторинг программной профилактической деятельности:

Тип воздействия: проведение мониторинга ситуации и оценки эффективности программ профилактических воздействий.

Инструмент и субъект воздействия: анкетирование участников профилактической программы. Субъекты воздействия – педагоги, психологи, социальные педагоги, инспекторы, превентологи, подготовленный актив из числа участников программы во взаимодействии с медицинскими работниками.

Результат воздействия: наличие сведений о ситуации с аддикциями в целевой группе и дальнейшее совершенствование содержания профилактической программы.

Инструмент оценки воздействия: анкета, опросник.

Проект стандарта первичной профилактической работы с целевой группой «Педагоги и другие специалисты учреждений образования»

В стандарт включаются следующие воздействия.

1. Информированность:

Тип воздействия:

- а) консультирование педагогов и других специалистов по вопросам индивидуальной работы с подростками, родителями, ЗДЛ;
- б) изучение и овладение современными эффективными технологиями профилактической работы.

Инструмент и субъект воздействия:

- а) психологическая мастерская;
- б) УМК: «Лекции, семинары (с использованием интерактивных форм), тренинги по профилактике аддикций в системе образования»;
- в) УМК: методическое пособие «Основы групповой, тренинговой работы»; методическое пособие «Современные диагностические технологии при организации профилактической работы»;
- г) программы дистанционного обучения для учреждений профессионального образования (например, ИПК) по вопросам профилактики, диагностики рисков формирования аддикций среди детей и молодёжи».

Субъекты воздействия – психологи, социальные педагоги, инспекторы образовательного учреждения, специалисты соответствующих научных центров и институтов, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результат воздействия:

- а) знание о процессе консультирования подростков, родителей и ЗДЛ по вопросам профилактики аддикций.

- б) знание о современных подходах и технологиях профилактической работы.

Инструмент оценки воздействия:

- а) анкета, опросник;
б) тестовая оценка знаний.

2. Формирование технологического потенциала профилактической деятельности в образовательной среде:

Тип воздействия:

- а) разработка профилактического мероприятия в рамках учебного предмета;
б) освоение интерактивных форм работы с учащимися, родителями, ЗДЛ.

Инструмент воздействия:

- а) УМК: методический семинар «Интерактивные психолого-педагогические технологии ведения профилактической работы в образовательном учреждении», методический семинар «Разработка мероприятий с учащимися, родителями, ЗДЛ по формированию базовых знаний»;
б) УМК: методическое пособие «Профилактика аддиктивного поведения в детской и молодежной среде»; методическое пособие «Диагностика факторов риска формирования химических и нехимических (психологических) аддикций среди детей и молодёжи», методическое пособие «Программа «FAST – семья и школа вместе».

Субъекты воздействия – специалисты соответствующих научных центров и институтов, психологи, педагоги, социальные педагоги, инспекторы образовательного учреждения, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результат воздействия:

- а) методика профилактической работы в структуре учебного предмета;
б) сценарии мероприятий с учащимися, родителями, ЗДЛ по овладению базовыми знаниями профилактики аддикций.

Инструмент оценки воздействия:

- а) заключение методической службы.

УМК: методическая разработка «Технологии экспертизы профилактических программ»;

- б) заключение методической службы

УМК: методическая разработка «Технологии экспертной деятельности в образовании».

3. Разработка комплексной проектно-организационной программы профилактической деятельности в образовательной среде (образовательном учреждении):

Тип воздействия:

- а) проектирование социального партнерства (например, по типу шефства предприятия);
б) проектирование социально-значимого культурно воспитательного проекта;
в) разработка раздела по первичной профилактике аддикций в воспитательной работе образовательного учреждения.

Инструмент воздействия:

- а) соглашение или меморандум с социальным партнером;
б) работа педагогического совета;
в) работа методического объединения
УМК: методическая разработка «Проектирование социального партнерства».

Субъекты реализации воздействия – специалисты по воспитательной работе, методисты, психологи, педагоги, социальные педагоги образовательного учреждения, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результат воздействия:

- а) программа совместной деятельности с социальным партнёром (одним из субъектов региона);
б) культурно-образовательный проект;
в) нормативное оформление профилактических мероприятий на уровне образовательного учреждения (например, акты внедрения мероприятий).

Инструмент оценки воздействия:

- а) анкета для социального партнера;
б) анализ результатов социально-значимого культурно воспитательного проекта;
в) экспертиза воспитательных программ образовательного учреждения.

4. Формирование условий развития профессионального потенциала для решения задач профилактики:

Тип воздействия:

- а) изменение стереотипных установок и выработка профессиональной позиции к проблеме профилактики;
б) формирование профессиональных целей и задач профилактической деятельности в условиях образовательного учреждения;
в) освоение технологий проведения индивидуальной профилактической работы (индивидуальная профилактическая беседа);
г) освоение технологий организации групповой работы по вопросам профилактики (групповая дискуссия);
д) освоение психологических технологий (консультирование, тренинг, групповая работа);
е) освоение технологий проведения Программы «FAST – семья и школа вместе».

Инструмент воздействия:

- а) круглый стол на тему разработки концепции и программы профилактической работы в образовательном учреждении (в рамках плановых мероприятий);
б) методический семинар, мастер-классы;
в) тренинговая работа:
– тренинг коммуникативности;
– тренинг ассоциативности;
– тренинг сензитивности;
– тренинг профессионального общения;

- ситуационно-ролевой тренинг;
- тренинг психической саморегуляции;
- тренинг «профилактики синдрома эмоционального выгорания»;

г) программа «FAST – семья и школа вместе».

УМК: методические пособия на темы технологий организации и проведения тренингов для детей и молодёжи в образовательном учреждении».

Субъекты воздействия – специалисты соответствующих научных центров и институтов, методисты, психологи, педагоги, социальные педагоги образовательного учреждения, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результат воздействия:

- концепция и программа, определяющая цели и задачи профилактической работы в образовательном учреждении;
- наличие навыков проведения индивидуальной профилактической беседы;
- наличие навыков проведения групповой дискуссии;
- наличие навыков проведения Программы «FAST – семья и школа вместе»
- наличие компетенции в психологических технологиях (консультирование, тренинг, групповая работа).

Инструмент оценки воздействия:

- анализ реалистичности и реализуемости профилактической программы, поставленных целей и задач (управленческая экспертиза);
- сертификаты/удостоверения тематических семинаров-тренингов, специализаций, повышений квалификации;
- внутренние плановые аттестации с тематическим тестированием.

5. Формирование актива и волонтерская деятельность:

Тип воздействия:

- выявление, формирование и подготовка актива;
- обучение профилактическим воздействиям и стимуляции работы.

Инструмент воздействия: участие в выше указанных практических занятиях.

Субъекты воздействия – психологи, педагоги, специалисты по воспитательной работе.

Результат воздействия: наличие актива из числа успешных участников программы, способного участвовать в профилактических воздействиях.

Инструмент оценки воздействия:

- документирование актива;
- отчетность по волонтерской деятельности.

6. Мониторинг ситуации, реализации и оценки профилактических мероприятий.

Тип воздействия: разработка и реализация программы мониторинга факторов риска формирования аддикций в образовательной среде.

Инструмент воздействия:

- рабочая координационная группа;

- б) педагогические советы образовательных учреждений.

Субъекты реализации воздействия – специалисты соответствующих научных центров и институтов, состав рабочей координационной группы, педагогические советы, психологи и педагоги образовательного учреждения во взаимодействии с медицинскими работниками.

Результат воздействия:

- идентификация ситуации;
- оценка эффективности профилактических мероприятий.

Инструмент оценки воздействия: экспертная оценка результатов мониторинга.

Проект стандарта первичной профилактической работы с целевой группой «Члены семей несовершеннолетних учащихся»

Стандарт включает следующие воздействия.

1. Формирование неспецифических знаний, отношений и установок:

Тип воздействия:

- информирование – предоставление неспецифической информации членам семей о стадиях развития детей, семейных отношениях, семейных мифах, стереотипах, проблемах;
- реализация программы «FAST – семья и школа вместе».

Инструмент воздействия:

- лекции-семинары по проблемам современной семьи для родительской аудитории;
- инновационная форма родительских собраний;
- программа «FAST – семья и школа вместе».

Субъекты воздействия – педагоги, классные руководители, школьные психологи, социальные педагоги, инспекторы образовательного учреждения, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результаты воздействия:

- повышение уровня воспитательного потенциала семьи;
- повышение компетенции в вопросе позитивного жизненного сценария семьи;
- повышение взаимодействия семьи и школы;
- формирование установки к решению личностных проблем.

Инструменты оценки воздействия: тестирование целевой группы родителей.

2. Формирование специфических знаний, отношений и установок:

Тип воздействия:

- предоставление специфической информации (специальные сведения об аддикциях; патологии семейного воспитания; дисфункциональных, асоциальных семьях; проблемах, последствиях, юридических аспектах аддиктивного поведения и др.);

- б) организация специфических отношений, установок (юридическое консультирование, социальное сопровождение, сотрудничество с профильными общественными организациями и др.).

Инструмент воздействия: специфические формы профилактической работы с привлечением профильных специалистов. Субъекты воздействия – педагоги, классные руководители, школьные психологи, социальные педагоги, социальные работники, инспекторы, сотрудники ювенального суда, юристы, подготовленный актив участников профилактической программы во взаимодействии со специалистами профильных общественных организаций.

Результаты воздействия:

- а) формирование общих знаний об аддикциях, ранних признаках и проявлениях;
- б) идентификация собственных семейных проблем;
- в) выявление и учёт «трудных» семей, нуждающихся в профилактической помощи и социально-психологической поддержке;
- г) организация профильных форм профилактической работы с семьями (юридическая, социальная и др.).

Инструменты оценки воздействия:

- а) тестирование целевой группы родителей;
- б) документирование учета «трудных семей»;
- в) отчетность о профильных формах профилактической работы.

3. Волонтерская деятельность:

Тип воздействия: формирование актива родителей.

Инструмент воздействия:

- а) волонтерская деятельность родительского актива, членов родительского комитета;
- б) специальные обучающие программы (семинары, тренинги) для родительского актива в рамках школьной профилактики;
- в) профилактическая работа родительского актива с другими семьями, родительская поддержка, социальное воздействие на «трудные семьи».

Субъекты воздействия – заместитель директора по воспитательной работе, психологи, социальные педагоги, классные руководители, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результаты воздействия:

- а) наличие группы родительского актива;
- б) реализация родительской поддержки;
- в) социальное воздействие родительского актива на трудные семьи.

Инструменты оценки воздействия:

- а) документирование группы родительского актива;
- б) отчетность по волонтерской деятельности;
- в) тестирование целевой группы родителей.

УМК: методическое пособие «Организация профилактической работы с семьей».

Список использованной литературы:

1. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Герииш А.А., Зарецкий В.В., Рябчев В.К., Слободчиков В.И., Тростанецкая Г.Н. Формирование отраслевого стандарта деятельности по первичной профилактике злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних // Книга 4-х томник. – 2004.
2. Валентик Ю.В., Герииш А.А., Зарецкий В.В. Базовая модель профилактики злоупотребления психоактивными веществами // Наркология. – 2002. – № 8. – С. 16-19.
3. Вачков И.В. Основы группового тренинга. Психотехники. – М.: Ось-89, 2007. – 255 с.
4. Егоров А.Ю. Социально приемлемые формы нехимических аддикций. Интернет-зависимость // в кн. Руководство по аддиктологии /под ред. проф. В.Д. Менделевича. – Речь, 2007. – С. 508-515.
5. Катков А.Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 2. – С. 9-12.
6. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 26-41.
7. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 4. – С. 102-107.
8. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. // Профилактика злоупотребления психоактивными веществами: Сборник методических материалов. – М.: Академия, 2001. – С. 16-72.
9. Малкина - Пых И.Г. Возрастные кризисы / справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2004. – 894 с.
10. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Нехимическая зависимость в детской психиатрической практике // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 4. – С. 86-91.
11. Петрова Е. Избранные упражнения для работы в группах риска. – СПб, 2000.
12. Тростанецкая Г.Н. Деятельность системы Минобразования России в проведении антинаркотической работы в образовательной среде // Наркология. – 2002. – № 8. – С. 2-5.
13. Эйдамиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская М.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2005. – 332 с.

РЕЗЮМЕ

СИСТЕМА ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ОБЩЕЙ ТЕОРИИ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

В статье «Система общетерапевтических факторов как универсальный компонент общей теории психотерапии» автора А.Л. Каткова подробно описываются наиболее известные системы так называемых общетерапевтических факторов, с которыми связывают действие универсальных механизмов психотерапии. Обсуждается возможность приведения этих достаточно разрозненных подходов в единую метасистему, ясно показывающую функциональное значение каждого класса таких факторов. Рассматривается взаимодействие универсальных механизмов общей теории психотерапии с каждым структурированным классом общетерапевтических факторов. Выводится общая схема такого взаимодействия.

Ключевые слова: психотерапия, общие факторы, классификация.

ПРИНЦИПЫ СИСТЕМНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕЙ ТЕОРИИ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

В статье «Принципы системной интеграции в общей теории психотерапии» автора А.Л. Каткова описываются основные модусы интеграции в сфере профессиональной психотерапии. На примере наиболее известных интегративных моделей психотерапии проводится их критический анализ. Делаются выводы о наличии существенного методологического и эпистемологического дефицита, затрудняющего интегративные процессы в рассматриваемой сфере. Предлагаются варианты устранения этого системного дефицита. Выводится общая схема интеграции, охватывающая все возможные модусы данного процесса.

Ключевые слова: психотерапия, интеграция, модусы, модели.

БАЗИСНАЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРОГРАММА И ПАРАМЕТРИЧЕСКИЙ РЯД ПРЕДМЕТНОГО ПОЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

В статье «Базисная исследовательская программа и параметрический ряд предметного поля психотерапии» автора А.Л. Каткова описываются основные принципы формирования базисной научно-исследовательской программы (в понимании И. Лакатос) применительно к профессиональной психотерапии. Подробно рассматриваются основные компоненты данной программы. Обсуждается возможность перевода психотерапии в статус научных дисциплин, соответствующих кодифицированным критериям научных знаний. Описывается методология профильных научных исследований и соответствующие параметрические ряды. Подробно рассматриваются эвристические следствия предлагаемых компонентов базисной НИП.

Ключевые слова: психотерапия, исследовательская программа, научная дисциплина.

НОРМЫ И ЭТИКА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

В статье «Нормы и этика в профессиональной психотерапии» автора А.Л. Каткова подробно описываются принципы социального и этического нормативного регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности. Приводятся данные о целеполагании и задачах такого нормативного регулирования. Обосновываются приоритеты в сфере обеспечения прав пациента на безопасность, доступность и высокое

качество профильной помощи. Рассматриваются возможности нормативного стимулирования процессов развития профессиональной психотерапии как самостоятельного научно-практического направления.

Ключевые слова: психотерапия, нормы, законодательство, этика.

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ФОРМА РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У МОЛОДЁЖИ

Т.В. Пак

В статье «Социальная психотерапия как инновационная форма развития психологической устойчивости у молодёжи» раскрываются основные понятия модели социальной психотерапии, уточняются принципиальные характеристики социальных эпидемий, описываются ключевые феномены интегративно-развивающей психотерапии. Также приводится интерпретация результатов многоуровневого исследования психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды. Описываются инновационные подходы к развитию и интеграции профессиональной психотерапии с другими институализированными развивающими практиками, а именно с воспитанием и образованием. В завершении рассматривается стратегия развития и реализации социальной психотерапии как инновационной формы развития психологической устойчивости у населения, уязвимых групп риска, в том числе молодёжи к вовлечению в социальные эпидемии.

ПСИХОЛОГИЯ И ДЕОНТОЛОГИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Г.Е. Батхолдина, С.А. Сергазина, Н.А. Семенова, Т.В. Пак

В статье приводится краткий обзор основных принципов деонтологии и психологии в дерматовенерологической практике, рассматриваются специфические аспекты взаимодействия пациента и врача, а также особенности формирования отношений между врачом и родственниками, другими членами семьи больного. Описываются психологические особенности реализации деонтологических принципов в дерматологии и венерологии. Обосновывается необходимость включения в комплексное лечение дерматовенерологических больных психотерапевтических подходов и использования психотерапевтических методов и технологий.

ДИСЦИПЛИНАРНО-КОММУНИКАТИВНОЕ СООБЩЕСТВО И ЕГО ФУНКЦИИ

А.Л. Катков

В статье «Дисциплинарно-коммуникативное сообщество и его функции» автора А.Л. Каткова приводится определение дисциплинарно-коммуникативного психотерапевтического сообщества. Подчеркиваются отличия данного понятия от профессиональной психотерапевтической ассоциации. Подробно описываются функции сообщества по развитию профессиональной психотерапии как самостоятельного научно-практического направления. Рассматриваются вопросы нормативного оформления данного вида деятельности.

Ключевые слова: психотерапия, дисциплинарно-коммуникативное сообщество, функции.

ПРОЕКТ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Т.В. Пак

В статье представлен проект стандартизированной системы профилактики химических и нехимических (психологических) аддикций среди детей и молодежи в системе образования. Описана последовательность профилактической деятельности по всем профессиональным позициям: теоретико-методологической, проектной, конструкторско-методической, профессионально-деятельностной, диагностической. Данный проект призван способствовать становлению «новых педагогических компетенций» в сфере профилактической деятельности.

SUMMARY

SYSTEM OF ALL-THERAPEUTIC FACTORS AS UNIVERSAL COMPONENT OF THE GENERAL THEORY OF PSYCHOTHERAPY

A.L. Katkov

In article «System of All-therapeutic Factors as Universal Component of the General Theory of Psychotherapy» by A.L. Katkov the most known systems of so-called all-therapeutic factors to which bind operation of universal mechanisms of a psychotherapy are in detail described. Possibility of reduction of these enough separate approaches in the uniform metasystem clearly showing functional value of each class of such factors is discussed. Interaction of universal mechanisms of the general theory of psychotherapy with everyone structured classes of all-therapeutic factors is surveyed. The general scheme of such interaction is output.

Keywords: psychotherapy, general factors, classification.

THE PRINCIPLES OF SYSTEMIC INTEGRATION IN THE GENERAL THEORY OF PSYCHOTHERAPY

A.L. Katkov

In the article «The Principles of Systemic Integration in the General Theory of Psychotherapy» by author A.L. Katkov the main modes of integration in the sphere of a professional psychotherapy are described. On the example of the most known integrative models of a psychotherapy the critical analysis is carried out. Conclusions about existence of the essential methodological and epistemological deficiency complicating integrative processes in the surveyed sphere are drawn. Options of elimination of this systemic deficiency are offered. The general scheme of integration covering all possible modes of this process is output.

Keywords: psychotherapy, integration, modes, models.

BASIC RESEARCH PROGRAM AND PARAMETRICAL SERIES OF A SUBJECT FIELD OF A PSYCHOTHERAPY

A.L. Katkov

In the article «Basic Research Program and Parametrical Series of a Subject Field of a Psychotherapy» by author A.L. Katkov the basic principles of formation of the basic research program (in I. Lakatos's comprehension) in relation to a professional psychotherapy are described. The main components of this program are in detail surveyed. Possibility of transfer of psychotherapy in the status of the scientific disciplines corresponding to codified criteria of scientific knowledge is discussed. The methodology of profile scientific researches and the corresponding parametrical series is described. Heuristic consequences of offered components of basic scientific research program are in detail surveyed.

Keywords: psychotherapy, research program, scientific discipline.

NORMS AND ETHICS IN A PROFESSIONAL PSYCHOTHERAPY

A.L. Katkov

In the article «Norms and Ethics in a Professional Psychotherapy» by author A.L. Katkov the principles of social and ethical standard adjustment of professional psychotherapeutic activity are in detail described. Data on a goal-setting and problems of such standard adjustment are provided. Priorities locate in the sphere of ensuring

the rights of the patient on safety, availability and high quality of the profile help. Possibilities of standard stimulation of developments of a professional psychotherapy as independent scientific and practical direction are surveyed.

Keywords: psychotherapy, norms, legislation, ethics.

SOCIAL PSYCHOTHERAPY AS AN INNOVATIVE FORM OF DEVELOPMENT OF PSYCHOLOGICAL FASTNESS AT YOUTH

T.V. Pak

In the article «Social Psychotherapy as an Innovative Form of Development of Psychological Fastness at Youth» the main concepts of model of a social psychotherapy reveal, basic characteristics of social epidemics are specified, key phenomena of an integrative developing psychotherapy are described. Also interpreting of results of multilevel research of psychological health – fastness to aggressive influences of environment is given. Innovative approaches to development and integration of a professional psychotherapy with other institutionalized developing practitioners, namely with education are described. In the end the strategy of development and realization of a social psychotherapy as innovative form of development of psychological fastness at the population, vulnerable groups of risk, including youth to involvement in social epidemics is surveyed.

PSYCHOLOGY AND DEONTOLOGY IN A DERMATOVENEROLOGY

G.E. Batholdina, S.A. Sergazina, N.A. Semenova, T.V. Pak

In article the short review of the basic principles of a deontology and psychology is provided in dermatovenerological practice, specific aspects of interaction of the patient and the doctor, and also feature of formation of the relations between the doctor and relatives, other members of the family of the patient are surveyed. Psychological features of realization of the deontological principles in dermatology and a venerology are described. Need of including in complex treatment of dermatovenerological sick psychotherapeutic approaches and use of psychotherapeutic methods and technologies locates.

DISCIPLINARY AND COMMUNICATIVE COMMUNITY AND ITS FUNCTIONS

A.L. Katkov

In article «Disciplinary and Communicative Community and Its Functions» by author A.L. Katkov is given definition of disciplinary and communicative psychotherapeutic community. Differences of this concept from professional psychotherapeutic association are emphasized. Community functions on development of a professional psychotherapy as independent scientific and practical direction are in detail described. Questions of standard veneering of this kind of activity are considered.

Keywords: psychotherapy, disciplinary and communicative community, functions.

THE DRAFT OF THE STANDARD OF PRIMARY PREVENTION OF CHEMICAL AND NOT CHEMICAL ADDICTION AMONG CHILDREN AND YOUTH IN AN EDUCATION SYSTEM

T.V. Pak

In this article is presented the project of the standardized system of prevention of chemical and not chemical (psychological) addiction among children and youth in an education system. The sequence of preventive activity on all professional positions is described: theoretical-methodological, design, design and methodical, professional and activity, diagnostic. This project is urged to promote a becoming of «new pedagogical competences» of the sphere of preventive activity.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» за 2013 год

Социальные эпидемии

Кусаинов А.А., Павленко В.П., Байкенов Е.Б. Первичная профилактика наркоманий среди детей и подростков, Том XIX, № 2, 2013

Мациевская Л.Л., Мулдаева Г.М., Ескалиева А.Т., Пак Т.В., Садвакасова Г.А. К проблеме эпидемиологии и реабилитации зависимостей на уровне первичной медико-санитарной помощи, Том XIX, № 1, 2013

Фесенко Н.Ф. Некоторые аспекты распространения религиозного экстремизма и деструктивных культов на территории Казахстана и Павлодарской области в том числе, Том XIX, № 1, 2013

Психотерапия

Катков А.Л. Базисная исследовательская программа и параметрический ряд предметного поля психотерапии, Том XIX, № 4, 2013

Катков А.Л. К проекту Федерального закона Российской Федерации «О психотерапии», Том XIX, № 1, 2013

Катков А.Л. Нормы и этика в профессиональной психотерапии, Том XIX, № 4, 2013

Катков А.Л. Принципы системной интеграции в общей теории психотерапии, Том XIX, № 4, 2013

Катков А.Л. Система общетерапевтических факторов как универсальный компонент общей теории психотерапии, Том XIX, № 4, 2013

Нургазина А.З., Катков А.Л., Алина К.Ж. К программе тематического усовершенствования по теме «Психолого-психотерапевтическая помощь лицам с рисками вовлечения в социальные эпидемии (психологические аддикции) и экспресс-психотерапия на этапе первичной профилактики», Том XIX, № 1, 2013

Пак Т.В. Социальная психотерапия как инновационная форма развития психологической устойчивости у молодёжи, Том XIX, № 4, 2013

Чобану И.К. Психогенетическая модель и теория личности Ю.В. Валентика в психотерапии, Том XIX, № 2, 2013

Психиатрия

Вейсенберг С.Д., Кусаинова М.И., Жунусова Ж.С. Опыт клинического применения атипичного антипсихотика Солиана в терапии острого приступа шизофрении, Том XIX, № 4, 2013

Кенжалиева А.Б., Шамарданова О.М., Мукашева Г.Р. Суициdalная активность при шизофрении, Том XIX, № 1, 2013

Макубаева С.К. Использование метода анкетирования родителей для оценки качества медицинских услуг в сфере детской психиатрии (на примере отдельной медицинской организации), Том XIX, № 1, 2013

Мурсакина З.У. Агрессивное поведение пациентов в психиатрическом стационаре, Том XIX, № 1, 2013

Наркология

Асланбекова Н.В. Сочетание химических и поведенческих зависимостей (практический аспект), Том XIX, № 3, 2013

Аяганова Д.Е., Прилуцкая-Сущенко М.В. Использование технологии полуструктурированного интервью «Индекс тяжести аддикции» для диагностики социальных и медицинских проблем клиентов с опиоидной зависимостью в условиях амбулаторной помощи, Том XIX, № 2, 2013

Аяганова Д.Е., Прилуцкая-Сущенко М.В. Описание социально-медицинского профиля опиоидных наркозависимых в условиях предоставления противорецидивной амбулаторной помощи, Том XIX, № 3, 2013

Бауэр Ю.В., Аяганова Д.Е. Оценка применения элементов мотивационной работы в практике врачей-наркологов амбулаторного звена, Том XIX, № 3, 2013

Катков А.Л. Комплексная характеристика сектора наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных службах Украины, Том XIX, № 2, 2013

Катков А.Л. Комплексная характеристика сектора наркологической помощи, оказываемой негосударственными и некоммерческими организациями (НПО) Украины, Том XIX, № 2, 2013

Катков А.Л. Комплексная характеристика сектора наркологической помощи, оказываемой в системе Государственной пенитенциарной службы Украины, Том XIX, № 2, 2013

Катков А.Л. Комплексная характеристика сектора частной наркологической помощи, оказываемой в системе здравоохранения Украины, Том XIX, № 2, 2013

Катков А.Л. Некоторые характеристики эффективности и качества сектора государственной наркологической помощи Министерства охраны здоровья Украины, Том XIX, № 2, 2013

Катков А.Л. О результатах комплексной оценки национальной системы наркологической помощи Украины, Том XIX, № 2, 2013

Катков А.Л. Общая характеристика макроструктуры. Группы и этапы сектора государственной наркологической помощи, оказываемой в системе Министерства охраны здоровья Украины, Том XIX, № 1, 2013

Мусабекова Ж.К., Камзина Л.Р., Хасенова Г.Ж., Кумарова Н.В., Бахтина А.С., Ожерельева О.М., Давлеталинова Г.Т. Исследование копинг-стратегий и качества жизни химически зависимых лиц в условиях прохождения медико-социальной реабилитации, Том XIX, № 1, 2013

Невирко Д.Д. Организация и современные технологии первично-профилактической антинаркотической деятельности в образовательной среде ВУЗов, Том XIX, № 1, 2013

Прилуцкая-Сущенко М.В., Аяганова Д.Е., Дробитько О.Ю. Соматические расстройства в структуре патологического влечения к психоактивным веществам, Том XIX, № 3, 2013

Пограничная патология

Бикетова Л.А. Особенности употребления психоактивных веществ среди лиц с рисками вовлечения в игровую зависимость среди учащейся молодежи в Республике Казахстан, Том XIX, № 3, 2013

Касабян С.А. Системный подход к клиническому анализу психосоматических соотношений у пациентов с психическими заболеваниями пограничного уровня (Концептуальная модель), Том XIX, № 3, 2013

Фесенко Н.Ф. Религиозная аддикция, Том XIX, № 3, 2013

Пограничные расстройства

Дахова Л.Н. Особенности амбулаторного и стационарного обследования психического здоровья лиц допризывного и призывного возрастов, Том XIX, № 2, 2013

Закарина Н.К. Проявления пищевой зависимости у лиц с алиментарным ожирением, Том XIX, № 1, 2013

Макубаева С.К. Дифференциально-диагностический аспект в верификации поведенческих расстройств подросткового возраста (на примере патохарактерологического развития), Том XIX, № 1, 2013

Мурсакина З.У. К вопросу о послеродовых аффективных расстройствах, Том XIX, № 1, 2013

Олифира С.А. Адаптационный кризис как элемент развития личности Студента. Экофасилитативный подход, Том XIX, № 2, 2013

Распопова Н.И., Бобряшов А.А. Инновационные подходы к терапии депрессий с расстройствами сна, Том XIX, № 1, 2013

Психология здоровья. Валеология.

Батхолдина Г.Е., Сергазина С.А., Семенова Н.А., Пак Т.В. Психология и деонтология в дерматовенерологии, Том XIX, № 4, 2013

Бондаренко А.Ф. Консультативная психология в странах Запада и Востока: статус и притязания, Том XIX, № 3, 2013

Катков А.Л. Дисциплинарно-коммуникативное сообщество и его функции, Том XIX, № 4, 2013

Плоткин Ф.Б. Проблема структурирования времени: механизмы временной дезактуализации и пути решения (сообщение 2), Том XIX, № 2, 2013

Плоткин Ф.Б. Проблема структурирования времени: механизмы временной дезактуализации и пути решения. Сообщение 3, Том XIX, № 3, 2013

Филатова А.Ф. К вопросу о методике «Театр архетипов/архетипический анализатор», Том XIX, № 2, 2013

Филатова А.Ф. Социокультурные и психологические особенности российского человека, определяющие специфику оказания ему психологической помощи, Том XIX, № 2, 2013

Информация и обзоры

Катков А.Л. Интегрированный подход к лечению наркозависимости, профилактике ВИЧ и уходу для потребителей наркотиков (рекомендации для внедрения в систему наркологической помощи Украины), Том XIX, № 3, 2013

Катков А.Л. О методологии исследования, используемой в проекте «Оценка потребностей и потенциала системы лечения наркозависимых в выбранных городах Украины (Киеве, Полтаве, Харькове) и разработка концептуальной модели комплексного научно-обоснованного и интегрированного подхода к лечению наркозависимости, профилактике ВИЧ», Том XIX, № 1, 2013

Катков А.Л. Оценка потенциала системы наркологической помощи города Киева, Том XIX, № 3, 2013

Катков А.Л. Оценка потенциала системы наркологической помощи города Полтавы, Том XIX, № 3, 2013

Катков А.Л. Оценка потенциала системы наркологической помощи города Харькова, Том XIX, № 3, 2013

Кожабекова С.С. Спондилогенные дорсопатии: современные возможности терапии, Том XIX, № 1, 2013

Нургазина А.З., Саркисян Ш.В., Пархоменко И.А. Проект рабочей учебной программы последипломного образования для психологов «Профилактика распространения социальных эпидемий в сфере образования», Том XIX, № 3, 2013

Пак Т.В. Проект стандарта первичной профилактики химических и нехимических аддикций среди детей и молодёжи в системе образования, Том XIX, № 4, 2013

Плоткин Ф.Б. Проблема структурирования времени: механизмы временной дезактуализации и пути решения (сообщение 1), Том XIX, № 1, 2013

Силенок И.К. Системно-генеративный подход как существенное условие модернизации экономики, Том XIX, № 3, 2013

Турганбаева Л.С. Влияние трансплантации фетальных нейроцитов на клинические показатели у больной с прогрессирующей формой рассеянного склероза (клиническое наблюдение), Том XIX, № 1, 2013

Турганбаева Л.С. Клинический случай нейрофиброматоза первого типа в сочетании с аномалией Арнольда – Киари и патологической ЭЭГ в амбулаторной практике (клиническое наблюдение), Том XIX, № 1, 2013

Некрологи

Семке Валентин Яковлевич, Том XIX, № 1, 2013