
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XXI

№ 2

2015

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); профес-
сор О.Т. Жужжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук
Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Марки-
на (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; А.К. Тастанова;
доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; кандидат медицинских наук
А.А. Кусаинов; кандидат медицинских наук Ж.К. Мусабекова, Е.Б. Байкенов

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); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завья-
лов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск);
доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор меди-
цинских 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

Подписной индекс журнала в АО «Казпочта» – 74753

Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93
E-mail: neovitae@mail.ru

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

И ЭКОЛОГИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ

Профессиональная Психотерапевтическая Лига	<i>Катков А.Л.</i>	
	Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)	5-43

НАРКОЛОГИЯ

РГКП «Республиканский научно-практический центр медико- социальных проблем наркомании»	<i>Кисина М.Ш.</i>	
	Специальные социальные услуги в Республике Казахстан	44-47
	<i>Мусабекова Ж.К., Гафарова Н.В., Кисина М.Ш., Кусинов А.А., Смагулова Г.С., Бектаева Г.Т., Гурицкая Г.М.</i> Проект клинического протокола диагностики и лечения «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов у несовершеннолетних (7-18 лет)»	47-62
	<i>Резюме</i>	63

Том XXI
№ 2
2015 год

выходит
4 раза в год

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY

I ECOLOGII

FOUNDERS:

TABLE OF CONTENTS

PSYCHIATRY

Katkov A.L.

The quality of mental health (system characteristics of the phenomenon on the results of a comprehensive study) 5-43

**Professional
Psychotherapeutic
League**

NARCOLOGY

Kisina M.Sh.

Special social services in the Kazakhstan Republic 44-47

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

*Musabekova Zh.K., Gafarova N.V., Kisina M.Sh.,
Kusainov A.A., Smagulova G.S., Bektaeva G.T.,
Gurtskaya G.M.*

The draft of the clinical protocol of diagnostics and treatment «The mental and behavioural disorders caused by the use of cannabinoids in minors (7-18 years)» 47-62

Summary 63

**Volume XXI
№ 2
2015**

**Published 4 times
in a year**

ПСИХИАТРИЯ

КАЧЕСТВО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

(системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)

А.Л. Катков

г. Санкт-Петербург, Россия

Введение

Обращение к теме системного исследования и адекватного определения качества психического здоровья обусловлено рядом обстоятельств, часть из которых представлена в сфере психиатрии, психотерапии и консультативной психологии – профессиональных направлениях, до настоящего времени не имеющих удовлетворительного консенсуса и использующих разную терминологию для обозначения качественных характеристик категории психического здоровья. Между тем основные усилия специалистов именно в этих дисциплинах, в том числе – и особенно в последние годы – в психиатрии, сосредоточены в работе с качественными характеристиками состояния психики клиента (пациента).

Особая значимость других обстоятельств связана с неизбежностью признания опасного цивилизационного излома, в полной мере проявившегося на рубеже XX-XXI веков, и обусловленного критическим вмешательством в механизмы эволюционного регулирования уровней адаптации человека.

Феномен качества индивидуального и социального психического здоровья, тесно связанный с возможностью эффективной самоорганизации и развития человека во всё более агрессивной среде, в данном контексте представляется уже не сферой узкопрофессионального интереса, но масштабным полем для корректной исследовательской деятельности, имеющей весьма важные цивилизационные и социальные последствия.

Именно с учётом этого последнего тезиса и было выполнено комплексное исследование феномена качества индивидуального и социального психического здоровья, результаты которого представлены в настоящей публикации.

Актуальность

Итак, внешний вектор, активизирующий поиски человеческих ресурсов в сфере разработки проблемы качества психического здоровья, связан с тем, что Новейшее время и, особенно, последние десятилетия этого исторического периода характеризуются беспрецедентным ростом напряжения вокруг главных эпохальных вызовов – социальных, биологических, идеологических, эволюционных.

Социальные вызовы связаны с необходимостью поиска адекватных ответов на запредельный рост

агрессивности среды – информационной, социальной, экономической, экологической, что в частности, выражается в небывалых масштабах распространения расстройств адаптации, деструктивных социальных эпидемий химической, психологической зависимости, этнорелигиозного экстремизма, «рукотворной» межнациональной ненависти и других.

Биологические вызовы оформляются в тенденции прогрессирующего ухудшения генетического качества каждого следующего поколения в условиях фактической отмены такого регулятора здоровья популяции, как естественный отбор. Разрушается принадлежность людей к полу. Всё более стираются гендерные различия. Само рождение человека осуществляется различными путями, в том числе за счёт искусственного зачатия и использования суррогатных матерей, в то время как деформирующее влияние таких способов воспроизводства на психику восходящего поколения становится всё более явным. Всё чаще клиентами специалистов в сфере помогающих и развивающих технологий оказываются дети и подростки со сложной коморбидной патологией, свидетельствующей о системных дефицитах как биологического, так и психического компонентов здоровья, особенно в сфере качественных характеристик психического здоровья.

Главные идеологические вызовы эпохи представлены доминированием идеологии технического протезирования прогрессивно утрачиваемых компонентов здоровья, с внятной среднесрочной перспективой полной «роботизации» биологической основы человека и надеждой на достижение практического бессмертия, без какой-либо попытки критического осмысления цивилизационных последствий таких технологических «прорывов».

Эволюционные вызовы эпохи заключаются в первую очередь в тенденциях прогрессирующего «ужимания» во времени периода прохождения субъектом основных этапов и фаз адаптивного цикла, настоячивых требованиях роста креативного «выхода» данного цикла.

Наконец, *локальные вызовы* новейшего времени связаны, в основном, с политической, социальной и экономической ситуацией конкретного региона, которая может динамично меняться в относительно короткие временные периоды, предъявляя дополнительные требования к адапционным возможностям человека и общества. В связи с чем, следует признание всё более возрастающей роли осмысленно-

го использования соответствующих развивающих и помогающих технологий, нацеленных на формирование высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья (С.П. Капица, 2010; А.Л. Катков, 2012; Резолюция 5-го Международного Санкт-Петербургского научно-практического конгресса психотерапевтов, психологов-консультантов и практических психологов «Психология и психотерапия в эпоху глобальных вызовов», 2015).

Внутренний вектор активности, мобилирующий исследователей на разработку системных характеристик феномена качества психического здоровья, связан с динамикой развития научно-практических направлений, предметом которых, так или иначе, является индивидуальное и социальное психическое здоровье – психиатрии, психотерапии, психологии.

Так, в последние десятилетия научное сообщество становится всё более критичным в отношении основных подходов биологической психиатрии, которые признаются, как минимум, негибкими, плоскими и механистическими, с явным «перекосяком» исследовательской активности в сторону обнаружения только генетических или нейрофизиологических факторов. При том, что чёткие биологические маркеры возникновения психических расстройств так и не были обнаружены (P. Alvin, 1995). Многие исследователи, признавая вопрос – являются ли психические расстройства болезнями мозга – открытым, высказываются в духе того, что «роль личности в формировании психических расстройств не периферийная, наподобие всего-навсего пассивной жертвы болезни, излечением которой занимается медицина, но взаимодействие личность – расстройство играет решающую роль в формировании психопатологических симптомов... и поэтому может быть важной целью для исследований и вмешательств» (M. Maj, 2012, 2013).

В связи с этим, например, весьма знаменательна полемика, развернувшаяся вокруг понимания религии и обращённых к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями. Исследователи указывают на то, что многие люди обращаются к религии как к жизненному ресурсу, который способствует усилению множества адаптивных функций – саморегуляции, привязанности, эмоционального комфорта, обретения несущих смыслов, духовности – то есть, по крайней мере, некоторых характеристик качества психического здоровья (K. Kennet, I. Pargament, J.W. Lomax, 2013; H.M. van Praag, 2013; S.L. Dein, 2013; P. Hugueltt, O. Mandhouj, 2013). Здесь же стоит обратить внимание и на реакцию экспертного сообщества на нашумевшие случаи массовых убийств, причины которых специалисты более склонны объяснять особенностями личностных характеристик инициаторов и исполнителей этих акций, а не наличием у них расстройств психического регистра (J. Parnas, 2013; I. Melle, 2013).

При том, что трезво мыслящие исследователи прямо предупреждают о том, что не стоит ждать внезапной и скорой смены парадигмы в психиатрии (A. Frances, 2013), другая группа авторов обосновывает факт того, что расфокусировка психиатрии на пациенте как личности чревата затяжными кризисными явлениями, неопределённостью психиатрической практики и призывает к тому, чтобы нейробиологические, психологические и социальные детерминанты здоровья были объединены и достойно представлены в новой консультативной профессии, занимающейся психическим здоровьем в полном объёме данного термина (O. Виггинс, M. Шварц, 1999; M. Шварц, O. Виггинс, 1999; D. Doubl, 2002; D. Bolton, 2013). Исследователи и действующие психиатрические службы, в связи со сложившимися реалиями, должны быть переориентированы в отношении своего основного предмета от полюса «безумия» к полюсу «психического здоровья» (Й. Ормел, Й. Неелеман, Д. Виерсма, 2003; M. Maj, 2012; A. Fiorino, M. Lukiano, V. Del Vecchio, 2013). В данной связи специалисты – психологи, более ориентированные в специфике нормативного полюса объёмной категории, обозначаемой как психическое здоровье, становятся всё более востребованы в одноимённых службах (П.И. Сидоров, Е.В. Загонникова, А.Г. Соловьев, 1998; П. Шюлер, 2001; А. Кронфельд, 2002; А.Я. Варга, Е.М. Вроно, И.Н. Ровенских и др., 2004). А сами эти службы всё более продвигаются в сторону парадигмы ментальной медицины, в большей степени ориентированной на работу с качественными характеристиками индивидуального и социального психического здоровья (П.И. Сидоров, И.Б. Якушев, 2008, 2009). Деятельность специалистов-психиатров с такого рода акцентами базируется на особой концепции восстановления (recovery), которая подчёркивает значимость ресурсов пациента, его возможностей контролировать собственную жизнь и справляться с жизненными трудностями. При этом основные усилия специалистов направлены на укрепление устойчивости пациента, а не только на лечение психопатологических синдромов (доклад Presidents New Freedom Commission на тему «Выполнение обещаний: трансформация службы психического здоровья в Америке», 2003). Идеология этого движения в психиатрии основывается на теории социально-когнитивного участия Альберта Бандуры (1989, 2001), который утверждал, что люди не являются автоматами, которые управляются нейрокогнитивными процессами. Первичным двигателем, посредством которого реализуется влияние среды, является самоэффективность, понимаемая как глубинное генерализованное чувство доверия к самому себе, способность быть эффективным в конкретных ситуациях (A.S. Bellack, A. Drapalski, 2012; R. Liberman, 2012; M. Slade, 2012; M.C. Angermeyer, G. Schomerus, 2012). Вместе с тем, критики данной модели отмечают, что основное её ограничение состоит в том, что

она опирается на расплывчатые психологические конструкты, которые невозможно чётко определить (S.M. Silvrstein, A.S. Bellack, 2008).

Психотерапия, как становящееся научно-практическое направление, пока ещё не имеющее собственной разработанной методологической базы, тем не менее, продвигается в сторону поиска и обоснования своих универсальных терапевтических целей и подходов. (А. Притц, Х. Тойфельхарт, 1999; В. Датлер, У. Фельт, 1999; Б.Д. Карвасарский, 2000; В.В. Макаров, 2013). Среди таких универсальных конечных целей профессиональной психотерапии называется «формирование самоактуализирующейся личности клиента» (С. Паттерсон, Э. Уоткинс, 2003). В то же время и среди общих характеристик собственно терапевтического процесса обращается внимание на важность актуализации у клиента состояний «транценденции», «самотранценденции», понимаемых как возможность выхода за пределы ситуации и деморализованного личностного статуса (В. Франкл, 1963). А также – «ментализации», понимаемой как способность клиента к терапевтической рефлексии в отстранённой, дистанцированной метапозиции к предмету травмирующих переживаний, описанной британскими специалистами А. Бейтманом, Дж. Холмсом, П. Фоаги в последние десятилетия. То есть во всех процитированных фрагментах речь идёт о тех качественных характеристиках категории психического здоровья, которые с одной стороны обеспечивают эффективность терапевтического процесса, а с другой – высокие адаптационные кондиции клиента.

Далее, следует отметить одну из базисных тенденций развития профессиональной психотерапии, которая сформулирована следующим образом: от психотерапии эксклюзивной (т.е. помогающей практики, обслуживающей интересы сравнительно немногочисленной группы невротизированных пациентов) – к психотерапии социальной, то есть институализированной в общем пространстве медицины, психологии, социальной работы, практики с помогающими, развивающими, саногенными и социально-стабилизирующими функциями, и охватом существенной части населения. Метамоделю современной социальной психотерапии, основной предмет функциональной активности которой являются свойства психологической устойчивости к агрессивному воздействию среды, уровни индивидуальной и социальной самоорганизации, в наибольшей степени ориентирована на работу с качественными характеристиками психического здоровья. Следовательно, состоятельность данного вектора развития профессиональной психотерапии прямым образом зависит от степени адекватности и полноты разработки проблемы качества индивидуального и социального психического здоровья (А.Л. Катков, 2012).

Что же касается оценки вклада в рассматриваемую проблематику такой обширной сферы, как

психологическая наука и практика, то с одной стороны здесь признаётся важность и значимость разработки концептуального содержания категории «психологическое здоровье», которое появилось в ответ на неудовлетворённость исследователей традиционным набором клинических определений психического здоровья. Более того, признаётся, что концептуальное содержание данной категории является конечной точкой успешной психотерапии и консультирования в том виде, как она определяется в каждом отдельном направлении (И.В. Дубровина, 1997; Д. Шапиро-мл., 2002). Основные задачи в практике психологического консультирования заключаются, в том числе, и в том, чтобы дать содержательное наполнение понятию «психологическое здоровье», определить уровни психологического здоровья и потенциала развития клиента, и рассмотреть специфику психологической помощи, исходя из этих уровней (О.В. Хухлаева, 2001; Т. Дауд, 2002). С другой стороны – практически всеми исследователями признаётся факт того, что в категориальном аппарате психологической науки наблюдается высшая степень неупорядоченности, и эта проблема касается, конечно, и определения такой сложной категории, как психологическое здоровье с его существенными характеристиками (А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, 2007).

Настоящая ситуация доминирования таких общепризнаваемых кризисных явлений в психологической науке осложняется ещё и тем, что в последние годы произошло существенное повышение требований к качеству и специфичности исследований в области психологических практик. В ходу такие термины, как «доказательная практика в психологии» или «практика на основе фактических данных в психологии» – Evidence-Based Practice in Psychology (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). В контексте данного подхода применяются методы многомерной статистики, обеспечивается жёсткий контроль экспериментальных условий для сведения к минимуму внешних источников дисперсии и возможно более точного изучения спектра влияния специфических вмешательств на строго определённые конкретные характеристики определенных свойств психики в исследуемых группах (Т. Дауд, 2002), в том числе характеристики психологического здоровья.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что системное и методологически выверенное исследование феномена качества индивидуального и социального психического здоровья в настоящей ситуации более чем актуально, такое исследование способно обеспечить искомый импульс развития психиатрии, психотерапии и практической психологии, а в среднесрочной перспективе – существенно повысить социальную эффективность в отношении ответов на глобальные и локальные вызовы эпохи.

1. Оценка уровня предшествующих достижений: степень разработанности эпистемологических подходов, общей и частной методологии определения качества индивидуального и социального психического здоровья

Концептуальные общеметодологические подходы

1.1. Идентификация понятия и сущностное определение феномена индивидуального и социального психического здоровья и его качественных характеристик в условиях явного дефицита системных исследований в данной сфере сталкивается с известными трудностями. Многочисленными исследователями подчёркивалась необходимость и важность позитивного (а не только как отсутствие болезни) определения понятия «психическое здоровье» (М. Jahoda, 1958). Известный американский психиатр и основоположник современной психиатрии в США К. Meninger (1946) определял психическое здоровье как: удовлетворённость, ощущение счастья, уравновешенный темперамент, интеллектуальность и «примерное» социальное поведение. По Т. Parsons (1967) психическое здоровье можно определить как состояние оптимальной работоспособности индивида в смысле эффективного выполнения ролей и задач, соответствующих его социальному статусу. Р. Becker (1995) формулирует три главных компонента душевного здоровья: психическое и физическое хорошее самочувствие (с такими характеристиками, как полнота чувств, альтруизм, отсутствие жалоб); самоактуализация (развитие, автономия); уважение к себе и другим (чувство собственной успешности, способности любить). Мейнард Перре и Урс Бауман (2002) подчёркивают, что психическое здоровье следует рассматривать исходя из 3-х различных перспектив: здоровье; хорошее самочувствие; роль здорового. По мнению А. Schott (1995), психическая норма – это нейтральная область усреднённого нормального состояния между экстремальными случаями плохого психического самочувствия (проявления отдельных психических болезней) и идеальными состояниями хорошего психического самочувствия в смысле оптимального развития и полностью функционирующей личности. Последнее определение психического здоровья весьма перспективно с точки зрения выведения соответствующих уровней психического здоровья.

В русскоязычной литературе психическое здоровье по В.П. Белову, А.В. Шмакову (1977) определяется как единственная и полноценная жизнедеятельность человека, с присущими ему видовыми и индивидуальными биологическими, психологическими и социальными функциями. А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский (1990) дают следующее определение: «Психическое здоровье – состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием бо-

лезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности». В.Я. Семке (1996) определяет психическое здоровье как состояние динамического равновесия индивида с окружающей природной и общественной средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности жизненные способности проявляются наиболее полно, а все важные подсистемы организма функционируют с максимальной интенсивностью. Б.Д. Петраков и Л.Б. Петракова (1988), указывая на сложность и многоаспектность определения психического здоровья, на основании анализа большого числа таких исследований, делают вывод, что психическое здоровье – это динамический процесс психической деятельности, которому свойственны детерминированность психических явлений, гармоническая взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивидуума к ней, адекватность реакций на окружающие социальные, биологические, психические и физические условия, благодаря способности человека самоконтролировать поведение, планировать и осуществлять свой жизненный путь в микро- и макросоциальной среде. Таким образом, почти во всех приведённых определениях в той или иной степени присутствуют биологические (факт наличия или отсутствия психических расстройств) и социально-психологические (факт адекватного взаимодействия человека с основными агентами макро и микро социальной среды) характеристики, а так же – неявное указание на необходимость дифференциации уровней обсуждаемого феномена. Однако, научно обоснованные аргументы в пользу такого дифференцированного подхода авторами данных определений, как правило, не приводятся, а взаимозависимость или, наоборот, сущностные различия биологических и социально-психологических характеристик феномена психического здоровья обсуждаются, в основном, гипотетически.

Между тем, именно в последние десятилетия всё большее количество исследователей обращает внимание на сложные нелинейные отношения психологических и биологических характеристик человека, отходя от традиционного акцента только лишь на внешний вектор воздействия в системе факторов: среда – опосредованные биологические и психологические характеристики – субъект с его адаптационными кондициями. В частности, отмечается, что этап, когда «доминирующая философия психики была подозрительна в своём отношении к субъективному переживанию», миновал, и что новая эпистемологическая метапозиция исследователей психики человека выстраивается в духе постнеклассического научного подхода и обновлённых – с учётом значимости эпигенетических факторов – представлений об эволюционных процессах (L.A. Mishara, M.A. Schwartz, 1999; S. Reid, 1999; M. Brune, J. Belsky,

Н. Fabrega, et al., 2012). Обосновывается возможность модификации экспрессии генов путём научения (т. е. не наследуемым способом), которая, собственно, и обеспечивает феномен культурной эволюции с одной стороны, и, порой, драматические изменения в процессе онтогенеза конкретного субъекта – с другой. На основании этих фундаментальных исследований делаются выводы о возможности психотерапии вызывать специфические изменения экспрессии генов – что влечёт за собой новые структурные изменения в мозге – и, соответственно, оказывать стойкое конструктивное влияние на поведение человека и его адаптационные кондиции (E.R. Kandel, 1999). Истинность этого последнего тезиса подтверждается результатами корректных исследований, проведённых в самые последние годы (P. Kallman, M.J. Alvares-Lopes, M. Cosin-Tomas et al., 2013). Обнаруженный и основательно изученный в этот же период времени феномен нейрогенеза – как способности взрослого мозга человека генерировать новые нервные клетки и демонстрировать, таким образом, функцию нейропластичности – кардинально изменил представления о глубине и сфере применения специфических психологических и психотерапевтических технологий. В частности, исследователями утверждается, что знание закономерностей процесса активизации нейрогенеза мозга взрослого человека делает возможным создание научно-обоснованных методов психотерапии и психологической реабилитации пациентов не только с определённой неврологической патологией и расстройствами психики и поведения, но и с достаточно тяжёлыми соматическими заболеваниями (Г.Г. Аракелов, 2004; Р.Д. Тукаев, 2007, 2008; J. M. Ford, V.B. Peres, D.H. Mathalon, 2012; D.C. Goff, 2013). Всё вышесказанное только лишь подтверждает впечатляющую эвристику, конструктивность и продуктивность этого нового эпистемологического разворота с акцентами на приоритеты в сфере эффективной самоорганизации человека.

В этот же период предпринимались попытки определения уровней психического здоровья, адресованные к каким-либо сущностным обстоятельствам, их обеспечивающим, и поиска критериев, по которым можно судить об интенсивности распределения дифференцированных уровней психического здоровья среди населения. Так, в отношении критериев, по которым возможно определение уровней индивидуального и социального психического здоровья, чаще всего назывались характеристики феномена адаптации (Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, 1993). При этом в отношении приспособительных реакций человека употребляют и более сложные термины: «социально-психологическая адаптация», «социально-психическая адаптация», «психическая адаптация». В сущности, речь идёт об одном и том же феномене, под которым понимаются процессы и явления, наблюдаемые на уровне нервно-психической

деятельности, возникающие в результате активного решения задач, связанных с проблемными ситуациями. В границах феномена психической адаптации различают состояния адаптированности и дезадаптации (В.М. Воробьев, 1993), равновесные и неравновесные состояния (А.О. Прохоров, 1996). Считается, что высокому уровню психического здоровья соответствуют сравнительно большие адаптационные возможности человека (О.И. Сиренко, 1993). Более дифференцированные классификации уровней адаптации, по мнению С.Б. Семичова (1982, 1987), С.В. Запускалова, Б.С. Плотникова (1991), В.П. Вахова (1997), дают возможность структурирования уровней социального психического здоровья. Так, названными авторами выделяются два вида (субъективная – внутренняя социальная адаптация и внешняя социальная адаптация) и три уровня адаптации (полная социальная адаптация, неполная социальная адаптация, нарушение социальной адаптации). Комбинации видов и уровней адаптации формируют пять уровней психического здоровья: уровень стабильного психического здоровья, уровень риска, уровень предболезни, донозологический уровень, уровень болезни. Эпидемиологические исследования, проводимые в Российской Федерации с использованием данной классификации, показали следующее распределение идентифицируемых уровней психического здоровья среди населения: уровень стабильного психического здоровья – 11,3%; уровень риска – 31,6%; уровень предболезни – 34,6%; уровень донозологический – 6,2%; уровень болезни – 16,3% (С.В. Запускалов, Б.С. Плотников, 1991). По данным комплексного эпидемиологического исследования с использованием специального опросника (ПМО), позволяющего дифференцировать уровни индивидуального и социального психического здоровья, проводимого среди населения Республики Казахстан в возрасте 12-55 лет, было выявлено, что распространённость субклинических форм психических и поведенческих расстройств в группе населения с низким уровнем психического здоровья составляет 11,24%, что в 5,62 раза превышает официальный статистический показатель аналогичного порядка. При этом наибольшая разница между данными официальной статистики и результатами эпидемиологического исследования прослеживалась по профилю аффективных расстройств – в 85,6 раза; невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств – в 19,3 раза; расстройств личности и поведения – в 17,7 раза. Кроме того, было установлено, что уровень распространения признаков, свидетельствующих об отчётливом нарушении социальной адаптации среди данной группы населения, составляет 17,5%, что более чем в два раза выше аналогичного показателя по общей исследуемой группе населения (А.Л. Катков, Б.Б. Джарбусынова, 2004). Последние примеры, с нашей точки зрения, демонстрируют практическую значимость подходов,

направленных на дифференциацию уровней психического здоровья населения и проведение соответствующих эпидемиологических исследований.

Во многих источниках подчёркивается, что необходимость исследования отдельных качественных характеристик психического здоровья возникла, в частности, в связи с тем, что далеко не всегда можно провести грань между нормой и патологией, основываясь лишь на содержании психических процессов (Ф.В. Кондратьев, 1994), а также и потому, что решающим в успешности человека, как субъекта деятельности, зачастую, оказывается качество его психических процессов (А.Л. Катков, 1998). Между тем, исследования показывают, что именно в данной сфере концентрируются основные угрожающие признаки деструктивности, дефицитарности (Б.С. Положий, 1993), которые – как пример – являются базой для суицидального поведения «психически здоровых» людей (А.Г. Амбарумова, Л.И. Пустовалова, 1991). В ходе такого рода исследований для характеристики качественных психических отклонений, за неимением других, применяются такие медицинские термины, как: «аномальные реакции», «варианты субклинического реагирования», «преневротическое состояние», «препсихопатическое состояние», «третье состояние», «условно-патологическое состояние», «донозологическое состояние», «период повышенного риска», «социально-психологическая дезадаптация», «непатологические невротические проявления», «явления психической дезадаптации» (В.П. Вахов, 1997). К таким состояниям примыкают «психологические кризисы» продолжительностью до 1 года, характеризующиеся достаточно выраженными «психологическими» изменениями. Считается, что, в отличие от невротических или травматических кризисов, психологические кризисы являются нормативными процессами, необходимыми для личностного развития (Е.А. Сахаров, 1997). По мнению В.А. Абрамова явления психического дискомфорта, возникающие у многих практически здоровых людей в ответ на воздействие среды, отражают неустойчивое равновесие в системе психического гомеостаза, поэтому их не следует выводить за пределы индивидуальных вариаций, считающихся «нормальными» (В.А. Абрамов, 1992).

1.2. С начала 50-х годов прошлого столетия вошел в употребление термин «психологическое здоровье», отражающий качественные характеристики психики человека, имеющие непосредственное отношение к вектору социализации, как позитивной, так и негативной (Д. Шапиро-мл., 2003). При отсутствии разработанной методологии и конвенциональных критериев, используемых при определении категории психологического здоровья, семантические границы данного термина, приводимые различными авторами, выстраиваются достаточно произвольно. Так, по мнению А. Маслоу (1948), феномен психологичес-

кого здоровья связан с гармоничной, самоактуализированной личностью. С.Р. Rogers (1951) считал, что психологическое здоровье удовлетворяет критериям полностью функционирующей личности с тремя основными признаками такой самодостаточности: 1) открытость для собственного опыта; 2) жизнь в соответствии с осознанными экзистенциальными принципами и опытом; 3) доверие своему организмическому опыту как основе собственных решений и действий. М. Jahoda (1958) выделяет уже шесть таких критериев: 1) позитивная установка по отношению к собственной личности; 2) духовный рост и самореализация; 3) интегрированная личность; 4) автономия и самодостаточность; 5) адекватность восприятия реальности; 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира. J. Brandstдtter (1982) считал, что в характеристиках психологического здоровья следует учитывать два принципиальных основания: концепция оптимального развития индивида и ценностные суждения, основанные на нормативных представлениях о человеческом бытии. Р. Уайт (2003) под психологическим здоровьем понимал направленное, позитивно-самовознаграждающее поведение, удовлетворяющее потребность в контроле над окружающей средой, для которого характерны компетентность, мотивация, активная способность к действиям. По мнению R. Bastine (1984), особых различий между психически больными и психически здоровыми людьми нет. Следовательно, нет особых оснований выделять самостоятельную категорию «психическое» или «психологическое» здоровье. Имеет значение лишь степень возможности справляться с актуальными жизненными проблемами. Отметим, что данное определение также обосновывает необходимость дифференциации соответствующих уровней психической адаптации.

В русскоязычной литературе высказывается мнение, что здоровый психически человек может быть одновременно личностно ущербным (Б.С. Братусь, 1997). Однако конечные критерии психического и психологического здоровья часто совпадают. Согласно В.В. Горинову (1993), точкой компромисса здесь является то, что здоровый и в том, и в другом смысле человек – это человек свободный, независимый, активно действующий в различных социально-психологических ситуациях. В качестве таких критериев в отношении подростков приводятся: 1) развитие полезных знаний и навыков; 2) позитивное отношение к учебной деятельности; 3) адекватное отношение к педагогическим воздействиям; 4) наличие положительно ориентированных жизненных планов; 5) коллективистские проявления; 6) критичность, способность правильно оценивать других; 7) самокритичность, самоанализ; 8) способность к сопереживанию, эмпатия; 9) волевые качества; 10) внешняя культура поведения; 11) отказ от вредных привычек (С.А. Беличева, 1995).

Ряд исследователей выделяют категорию психологического (духовного) здоровья в ряду прочих, как естественного приоритета в свете задач по активному формированию здоровья населения (В.И. Покровский, 1994; В.А. Лишук, 1994-1995). По мнению В.А. Лишука (1995), духовное здоровье – наиболее адекватная мера индивидуального и общественного благополучия. Психологическое здоровье связано с ориентировкой в информационных потоках, нравственностью (И.И. Брехман, 1987). По мнению И.В. Дубровиной (1995), если термин «психическое здоровье» имеет отношение к отдельным психическим процессам, то термин «психологическое здоровье», относящийся к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья, в отличие от медицинского, социологического, философского и др. В связи со сложностями определения данной категории здоровья через привычные медицинские критерии, духовное здоровье определяют и как «социально-психологический климат» (Р.С. Немов, 1995), и как «менталитет» (И.Г. Дубов, 1993). Содержание этого последнего, весьма спорного тезиса, созвучно с понятием «социальных идиом» Сержа Московичи (1996). Особая значимость менталитета или сложившихся идиоматических построений в обеспечении индивидуального и социального психологического здоровья аргументируется названными авторами тем, что когнитивная сфера, детерминирующая поведение людей, определяется, прежде всего, теми знаниями, которыми владеет изучаемая общность. Совместно с верованиями, знания составляют представления об окружающем мире, которые являются базой менталитета, задавая вкуче с доминирующими потребностями и архетипами коллективного бессознательного иерархию ценностей, характеризующую данную общность. Комментарии к данному определению (И.Г. Дубов, 1993) дают ключи к формированию феноменов психологического здоровья в обществе. Автор полагает, что в структуре имеющихся знаний следует, прежде всего, выделить перцептивные и когнитивные эталоны (а применительно к общественным отношениям – социальные нормы), играющие важную роль в регуляции поведения и, наряду с ценностями, характеризующие менталитет данной культуры. При рассмотрении реальных фактов эталоны становятся критериями выносимых оценок и определяют систему туманных умозаключений и ясных взглядов на мир, обуславливающих модальность смысловой системы отношений к миру. В упрощённом схематизированном виде взгляды на мир, оценка окружающей действительности выглядят как стереотипы сознания, выделяясь в сфере общественных отношений как социальные стереотипы. А это и есть предмет первичного информационного воздействия с целью изменения деструктивных, саморазрушающих (в смысле интегрального здоро-

вья) стереотипов социального поведения. Некоторые определения культуры в свете сказанного (А.В. Сухарев, 1997) также могут быть охарактеризованы как имеющие отношение к психологическому (духовному) общественному здоровью. Предлагается понимание культуры как способа организации и развития человеческой жизнедеятельности, представленной, в том числе, в системе общественных норм, институтов, духовных ценностей, в совокупности отношений людей к природе, к себе, к другим людям.

Рассматривая способность человека противостоять вредным воздействиям среды, Ю.А. Александровский (1996) в качестве основных характеристик психологического здоровья выделял такие, как наличие глубоких нравственных убеждений, готовность к преодолению жизненных испытаний, наличие умения адекватно использовать собственные психологические ресурсы, личная инициатива, позитивный вектор отношения к жизни, пластичность психических процессов. Если во всех вышеупомянутых определениях лишь в той или иной степени отмечается способность противостоять или проявлять компетентность в совладании с требованиями среды, то по С. Мадди (1994), Д.А. Леонтьеву (2002) понятие «жизнестойкость» является стержнем и наиболее адекватной характеристикой феномена психологического здоровья.

Наряду с индивидуальным и общественным психологическим здоровьем выделяется также психологическое здоровье семьи (В.С. Торохтий, 1996), понимаемое как интегративный показатель жизненно важных для неё функций, выражающий качественную сторону протекающих в ней социально-психологических процессов и, в частности, способность семьи противостоять нежелательным воздействиям социальной среды.

Что касается способов измерения уровней психологического здоровья, то практически каждая, достаточно произвольная концепция, рассматриваемой категории предполагает наличие оценочного инструмента в виде соответствующего теста или методики с более или менее доказанной валидностью и сферой применения.

В целом же, следует отметить, что, несмотря на активную разработку проблемы психологического здоровья в конце прошлого и в начале нынешнего столетия, в методологических вопросах по определению уровней психологического здоровья и в эпидемиологических вопросах по выявлению особенностей распределения данных уровней среди населения, ситуация, по выражению А. Маслоу (1948), напоминала «партизанские вылазки», прокладывающие дорогу будущим масштабным проектам.

1.3. Ещё один подход в исследовании проблемы качества индивидуального и социального психического здоровья заключается в определении неких функциональных характеристик, имеющих, с точки зрения исследователей, определённый сектор адаптив-

ной активности, и выявлении взаимозависимости этих характеристик с параметрами психологического здоровья.

Одной из таких исследуемых функциональных характеристик является «психологическая гибкость» (Psychological flexibility), которая предполагает, что носитель данной функции не пытается избегать сложностей или негативного опыта, но, активно взаимодействуя с этими обстоятельствами, контролирует и использует данный опыт для личностного развития (S.C. Hayes, J.B. Luoma, F.W. Bond, A. Masuda, J. Lillis, 2006; N. Ghawla, B. Ostafin, 2007; T.V. Koshdan, V. Barrios, J.P. Forsyth, M.F. Steger, 2010). Другой исследуемой характеристикой является «психологическая устойчивость» (Psychological resilience), которая понимается как достаточно широкая конструкция позитивных качеств, способствующих успешному управлению неожиданными изменениями и даже тяжёлым стрессом, случающимися в жизни человека (S.S. Luthar, D. Cicchetti, B. Becker, 2000; R.R. Greene, 2002; K.M. Connor, J.R.T. Davidson, 2003; M.M. Tugade, B.L. Fredricson, 2004; M. Rutter, 2007). Далее, исследуется взаимосвязь отдельных факторов, обеспечивающих устойчивость человека, например, таких как самооценка, личностные ресурсы, межличностные отношения, духовный рост, управление стрессом и пр., с психическим здоровьем населения в целом (R. Acirerno, K.J. Ruggiero, D.G. Kilpatrick et al., 2004; N. Lenger, 2004; B. Kinsel, 2005; I. Silberman, 2005; M.J. Heisel, 2006; T. Harrison, A. Stuifbergen, 2006).

По многочисленным экспертным оценкам продуктивность этого последнего исследовательского подхода пока что нельзя считать образцовой, так как сам выбор вышеприведённых факторов, во многом остаётся субъективным, а методология исследования – небезупречной в смысле приверженности критериям доказательной исследовательской практики.

1.4. Понятие «качество жизни» появилось в 60-х годах XX века первоначально в рамках социологических научных направлений. Оно рассматривалось как характеристика, которая отображала степень удовлетворённости духовных, интеллектуальных, культурных, эстетических и других потребностей людей (Г.В. Залевский, О.Н. Логунцова, В.А. Непомнящая, 2002). Первое определение качества жизни в литературе соотносило данное понятие с «гармонией внутри человека и между человеком и миром», то есть то, что может быть обозначено как «функциональное состояние» и «средовые жизненные условия» на современном научном языке (Y. Elkinton, 1966). Под качеством жизни Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предлагает понимать «восприятие людьми своего положения в контексте культурных ценностных ориентаций и в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». При этом обращается внимание на то, что показатели качества жизни являются исключительно субъек-

тивными, их дефиниции могут быть сколь угодно разнообразными в зависимости от задач и целей исследователей (Цит. по В.Я. Семке, 2000). Концепция качества жизни не получила универсального определения, поскольку ей не хватает ясности, и нередко возникает путаница в определениях и базисных понятиях. Тем не менее, количество публикаций на данную тему в медицинской литературе стремительно увеличивается – например, только в 1995 году было опубликовано до 2000 работ (H. Katsching, 1997).

В психиатрической науке и практике концепция качества жизни, несмотря на свои недостатки, оказалась востребованной в силу общей тенденции к переключению внимания исследователей с узкоклинических аспектов психопатологии на детальное изучение пациента с позиции оценки его личностных и социальных особенностей (H. Сарториус, 2000; В.Я. Семке, 2000). Многими психиатрами концепция качества жизни, в силу всего сказанного, воспринимается не в статусе научно обоснованной парадигмы, но в виде гуманистического дополнения к медицинской практике (H. Katsching, 1997). В тоже время другие исследователи считают, что именно в силу своей гуманистической направленности проблема качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами должна занимать особое место в современной психиатрии (L.N. Voruganti, R.J. Heslegrave, A.G. Awad, 1997; H. Hinterhuber, C. Barvas, 1996).

По мнению M. Bullinger (1993), в сфере охраны психического здоровья требуется существенно более широкая и многомерная концепция качества жизни – в сравнении с теми, которые предлагаются в настоящее время, – которая способна охватить большинство параметров жизни, а не только часть из них. Вместо использования единичных показателей здесь более адекватным является применение определённых профилей, характеризующих существенные аспекты жизни индивида с проблемами в сфере психического здоровья.

Ряд авторов считает, что параметры, используемые в концепции качества жизни, отражают в основном психологическое благополучие субъекта и в существенно меньшей степени оценивают уровень его психического здоровья (N.M. Bradburn, 1969; R. Kaplan, Y. Bush, C. Berry, 1976; H. Dupni, 1984; S.M. Hunt, 1997). Дискуссия в отношении того, следует ли использовать концепцию качества жизни для проведения научных исследований, в том числе и в сфере психического здоровья, привела к тому, что в последние годы отдаётся предпочтение определённым индикаторам социального и социально-психологического плана, имеющим непосредственное отношение к оценке качества жизни субъекта (J.E. Ware, 1987; G. Fillenbaum, 1990; В. Гебель, 1996).

Частнометодологические подходы

1.5. Конечно, не только в связи с последними достижениями в нейрокогнитивных науках, но ещё и

значительно ранее, прежде всего, в ответ на неудовлетворённость доминированием исключительно нозоцентрического подхода в оценке индивидуального и социального психического здоровья, стала разрабатываться общая и частная методология соответствующих количественных и качественных исследований в поле обсуждаемых ментальных дисциплин – психиатрии, психотерапии, практической психологии – с растущим пониманием того, как эти два исследовательских подхода могут эффективно дополнять друг друга (К. Buston, W. Parry-Jones, M. Livinston et al., 1999).

1.5.1. В частности, к середине XX века сформировалось направление, в наибольшей степени отвечающее выше приведённым задачам исследований в сфере психического здоровья – эпидемиология психических заболеваний и дифференцируемых уровней психического здоровья, и был разработан его концептуальный и методологический аппарат (Методика эпидемиологических исследований психических заболеваний: Хроника ВОЗ, 1961; Е.Д. Красик, 1964; Н.М. Жариков, 1965, 1977; Н.М. Жариков и др., 1968; Б.Д. Петраков, 1972; Л.М. Шмаонова, 1983; Г. Карстерс, 1971; Э. Стремгрен, 1975; Дж. Винг, 1975; Н. Ey et al., 2000; В. Mac Mahon, T.F. Pugh, 1970; N. Sartorius, 1972 и др.). Между тем, вплоть до последних десятилетий, эпидемиологические исследования в рассматриваемой сфере были ориентированы в основном на оценку распространённости психических заболеваний среди различных групп населения и, в существенно меньшей степени, на выявление качественных характеристик социального психического здоровья, независимо от масштабов проводимых исследований.

Так, например, в соответствующих публикациях постоянно подчёркивается ценность эпидемиологического изучения психических расстройств в целом и в рамках отдельных нозологических форм (М. Kramer, 1976; В.Г. Ротштейн, 1985). В условиях социальной и экономической нестабильности такие исследования позволяют выявить факторы, способствующие формированию психических нарушений, что крайне важно как для клинической, так и для социальной и организационной психиатрии (С.В. Запужалов, Б.С. Положий, 1991; Ю.А. Александровский, 1996). Эпидемиологические методы позволяют получить основные представления о частоте психических расстройств и численности больных, о популяционных закономерностях течения болезней и о клиничко-демографической структуре контингентов, нуждающихся в том или ином виде психиатрической помощи. Таким образом, формируется та база, на которой основывается планирование научных исследований и организационных мероприятий (А.А. Чуркин, 1990).

В. Mac Mahon с соавт. (1970) выделили четыре этапа эпидемиологических исследований, отражающих стратегическую суть эпидемиологии, которые с полным основанием могут быть использованы для

исследования количественных и качественных характеристик социального психического здоровья: описательная эпидемиология, с помощью которой распространение конкретной нозологии или определённых уровней психического здоровья описывается при сравнении степени интенсивности представленности изучаемых феноменов в разных категориях населения; формулировка гипотез – объяснение наблюдаемой интенсивности распространения болезни или исследуемых уровней психического здоровья на предварительных этапах исследования; аналитическая эпидемиология – проведение наблюдений, предназначенных для проверки развиваемых гипотез; экспериментальная эпидемиология – экспериментальное изучение на больших группах населения с целью проверки тех гипотез, которые подтвердились наблюдательным аналитическим изучением.

Важность идентификации качественного аспекта категории психического здоровья в эпидемиологических исследованиях упомянута в работах P.V. Lemkau (1955); Е.Д. Красика (1982, 1983, 1985). Эпидемиологические исследования, по мнению данных авторов, результативны только в том случае, если они направлены не только на определения «величины проблемы», но и на анализ качественных данных, позволяющих дать теоретические сведения по наиболее актуальным вопросам, касающимся сферы психического здоровья. Эти сведения, по мнению Е.Д. Красика (1982), следует рассматривать не как самоцель, а как базис для реконструкции существующих форм и методов охраны психического здоровья.

Ценность соответствующих эпидемиологических исследований заключается и в том, что в большинстве случаев они сфокусированы на географически определённых популяциях и стремятся учитывать специфику этих популяций. Большое число сравнительных эпидемиологических исследований касается оценки исследуемых эпидемиологических показателей в странах, принадлежащих к одной культуре (в основном, западно-европейской) и реже – районов одной страны (А. Jablensky, Н. Hugler, 1982; T.R. Saunderson, I.H. Langford и др., 1996). В качестве географически определённых популяций значительное место в проводимых эпидемиологических исследованиях отводится городским популяциям (Цунг-И. Лин, К.К. Стендли, 1962; M. Shepherd, 1978, 1982; D. Mechanik, 1986).

Современные эпидемиологические исследования в психиатрии стремятся к максимальному вовлечению основных плоскостей обеспечения информацией. В частности, учитываются следующие информационные плоскости: 1) учёт обращаемости в психиатрические учреждения (все учреждения и центры психического здоровья исследуемого региона); 2) кумулятивный регистр случаев (все учреждения и центры психического здоровья внутри и вне региона, так или иначе обслуживающие население данного региона); 3) сбор информации на клиентуре вра-

чей общей практики; 4) полевые исследования среди населения, учитывающие, в том числе, и качественные характеристики психического здоровья в охватываемых контингентах (Н. Ндфнер, 1989). Несмотря на то, что наиболее информативной считается четвертая плоскость получения информации, здесь есть свои сложности, возникающие из-за: 1) различных критериев дефиниции случая; 2) учитываются разные возрастные группы; 3) показатель морбидности или исследуемой качественной характеристики зависит от временного интервала получения данных (или 1 день, или за определённый период времени). Все эти обстоятельства следует учитывать при сопоставлении данных, полученных при полевых исследованиях (B.P. Dohrenwend, B.S. Dohrenwend, M. Schwartz Gould, B. Link, 1980).

1.5.2. При наличии отработанной общей методологии многомерного статистического анализа для больших исследуемых групп и методологии «доказательной практики» для сравнительных исследований в малой выборке одной из основных трудностей в эпидемиологических исследованиях, особенно актуальных для сферы идентификации качественных характеристик психического здоровья, является выбор специфических методов сбора информации, которые позволяют сопоставить полученные результаты с уже имеющимися в мировой статистике данными. В связи с чем, создаются универсальные оценочные шкалы, диагностические модели, стандартизованные опросники, унифицированные глоссарии. Основная задача этих диагностических инструментов – выявлять наличие психических расстройств и определять уровни индивидуального и социального психического здоровья (M. Lorr, C. Klett, 1969; H. Nekki, O. Chai, 1978; L.N. Robins et al., 1981; E. Gilliard, 1983). На сегодняшний день только лишь в отношении первой задачи можно констатировать наличие определённого консенсуса и, в целом, достаточного объёма разработанного инструментария.

Так, например, в целях диагностики наличия определённых признаков психического неблагополучия или так называемых дисфункциональных расстройств используется: опросник Общего Здоровья D. Goldberg – один из самых популярных инструментов для исследования такого рода (Г.М. Румянцев и др. 1995); Шкала уровня социальной фрустрации (УСФ), разработанная Л.И. Вассерман (1995); Тест SIP для измерения поведенческих дисфункций; Тест MPI для измерения уровня психологического дистресса и благополучия (C. Veit, J.J. Ware, 1983). P. Nodiamont et al. (1987) изучали уровень психического здоровья населения с использованием специальной шкалы, допускающей количественную оценку в пределах 8 баллов. Если показатели превышали 5 баллов, констатировалось наличие психического расстройства. Для изучения уровня распространения аффективных (депрессивных) нарушений использовали два модифицированных опросника –

MAACL-R, а также PASS (B. Lubin et al., 1988). С этой же целью использовали шкалы CDI; CES-DC; DSRS; CDS; MFQ (E.J. Costello, A. Agod, 1988). Большие надежды возлагаются на комплексный международный диагностический опросник (CIDI), выполненный по заказу ВОЗ, предназначенный для проведения эпидемиологических исследований, изучения факторов риска (L.M. Robins et al., 1988). Разработаны «Схема клинической оценки в нейропсихиатрии» (J.K. Wing et al., 1990), «Исследование расстройств личности по международной схеме» A.W. Loranger et al. (1991) С целью изучения связи между уровнем психического здоровья родителей и подростков применяли шкалы PAS JSR.

Рядом авторов подчёркивается ненадёжность и неоднозначность интерпретации результатов, полученных с помощью данных методик, неадекватность переноса методов, исследующих больную (нарушенную) психику на изучение здоровой (нормальной) психики человека (Ж. Ведрин, Д. Вебер, 1997; E.J. Costello, A. Arnold, 1988; J.A. Flaherty et al., 1988; P.S. Jensen et al., 1988; J. Shedler et al., 1993). Более адекватные варианты оценки психического здоровья населения предлагается проводить с позиций «социально-психологического» исследования. При таком подходе условно опускаются генетически обусловленные психические качества, структура личности, а уровень психического здоровья здесь определяют социально значимой формой деятельности. Такой подход наиболее оправдан при разработке психогигиенических и психопрофилактических программ (Я.П. Гирич, Т.В. Поспелова, 1984). В связи с этим в ряде исследований опрос, тестирование и шкалирование проводятся с использованием соответствующего инструментария, ориентированного на выявление уровня психической адаптации (А.И. Скорик, И.Н. Никиташина, 1993). На основании такого рода исследований С.Б. Семичовым (1982, 1987) были выделены следующие группы психического здоровья и разработан соответствующий опросник, позволяющий идентифицировать принадлежность субъекта к группам: 1) без отклонений от нормы; 2) типологическая норма; 3) потенциально-повышенный риск; 4) психическая дезадаптация – непатологическая; 5) предболезненные психические расстройства; 6) вероятно болезненное состояние; 7) верифицированная болезнь. В исследованиях В.П. Вахова (1997) уровни психической адаптации (состояние психического покоя; состояние психической адаптации; зона повышенного риска; состояние психической дезадаптации – допсихотический уровень; состояние психической дезадаптации – психотический уровень) соотносятся с зонами адаптации (зона психической адаптации – уровнем 1-3; зона психической дезадаптации – уровнем 4-5), а также с уровнем психического здоровья (уровень психического здоровья – зона адаптации; уровень психической болезни – зона дезадаптации). Возможность отнесения субъекта к этим дифференцируемым уровням

так же устанавливается с помощью соответствующего инструментария. Аналогичные подходы в отношении функциональной дифференциации уровней психического здоровья были использованы при разработке Павлодарского многофункционального опросника (ПМО). В частности, в серии пилотных исследований (2001-2003 гг.) была продемонстрирована эффективность и функциональная адекватность ПМО в отношении трёхуровневого ранжирования категорий психического здоровья (низкий уровень рассматриваемых категорий – показания к специализированной помощи; средний уровень – показания к системной и адресной профилактической помощи; высокий уровень – отсутствие показаний к какому-либо системному воздействию). Показано, что ПМО может быть использован, в том числе и для оценки уровней психологического здоровья, рисков вовлечения в деструктивные социальные эпидемии всех типов (А.Л. Катков, 2006).

В то же время, в отношении этих последних инструментов, ориентированных на исследование качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, не только не существует установленного профессионального консенсуса, но не прослеживается даже и заинтересованной профессиональной дискуссии, с чего, собственно, и должно начинаться движение в сторону необходимой унификации используемых подходов.

1.5.3. В последние годы получили распространение мобильные технологии моментальной оценки психического состояния субъекта или группы (с возможностью, в этом случае, быстрой статистической обработки результатов), которые «наряду с использованием традиционной исследовательской парадигмы позволяют полнее понять пациента в его индивидуальности ... предполагают активное вовлечение пациентов в процесс сбора и интерпретации диагностических данных ... формирование конструктивных реакций пациента на те или иные изменения» (J. Swendsen, R. Salamon, 2012; J. van Os, P. Delespaul, J. Wigman et al., 2013). То есть данный интерактивный диагностический инструмент, помимо того, что фиксирует факт самопомощи, выполняет ещё и терапевтические функции, направленные на формирование эффективного самоорганизующего поведения респондента.

1.5.4. С середины 70-х годов прошлого столетия сначала в исследовательскую, а затем и в рутинную психиатрическую практику стали внедряться технологии оценки качества жизни пациентов с психическими и поведенческими расстройствами. По мнению ученых и практиков, данный подход является в большей степени личностно ориентированным, адресованным к индивидуальным нуждам каждого конкретного пациента со всеми его характерологическими и социальными особенностями, суждениями и оценками, в том числе касающимися заболевания и его последствий, т. е. акцентированным на

качественные характеристики психического здоровья (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, 1994).

Методики исследования качества жизни – к настоящему времени достаточно многочисленные даже и в таком, сравнительно узком секторе как оценка качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами – как правило, конструируются из нескольких блоков, включающих в себя оценку различных сторон жизни (социальное функционирование, взаимоотношения, поддержка со стороны родных и социальных работников и пр.). При этом каждый блок включает в себя как объективную сторону вопроса, так и субъективную. Субъективные показатели качества жизни включают самоощущение пациентов, восприятие ими своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, целей и ожиданий (А.А. Коблова, И.Л. Кромм, И.Ю. Новикова, 2013).

На территории постсоветского пространства исследования качества жизни в сфере психического здоровья, в основном, используются как стандартные опросники, рекомендуемые ВОЗ (IQOLA SF-36 Russia Standart Version 1.0), так и модифицированные варианты, а также оригинальные методические разработки (А.А. Чуркин, Н.К. Демчева, 2004). Исследования по определению качества жизни проводятся у детей с отклонениями в психическом и речевом развитии (Е.А. Бочарова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, Л.В. Постникова, 2003; Б.Д. Цыганков, Н.А. Туманов, 2004). Показатели качества жизни изучаются в группах подростков с психическими расстройствами и стрессогенными факторами (Т.Н. Дмитриева, И.В. Дмитриева и др., 1999; О.С. Работкин, С.Ю. Палатов, Л.Е. Мальшева, 2004). Существует большое количество исследований, оценивающих качество жизни больных с эндогенными психозами (В.У. Пашковский, В.А. Дехерт, 2000), в частности с шизофренией (А.Б. Шмуклер, Л.В. Лосев, 1999). Качество жизни больных с эпилепсией в процессе медико-социальной реабилитации исследовали С.А. Громов, В.А. Михайлов и др. (2002). Значительное количество работ посвящено исследованию показателей качества жизни у лиц с депрессивными расстройствами (В.А. Павлов, Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев, 2004). Качество жизни изучается у зависимых от ПАВ (А.Г. Соловьев, П.И. Сидоров, И.А. Кирпич, 2000; И.И. Никифоров, 2005), а также у лиц с психосоматическими расстройствами (В.Ю. Ганчо, Ю.П. Успенский и др., 2002). В последние годы показатели качества жизни исследуются не только у лиц с психическими и поведенческими расстройствами, но и у их родных и близких, несущих бремя психических болезней наравне с персоналом специализированных медицинских учреждений (Т.А. Солохина, А.С. Шевченко и др., 1998; В.Е. Голимбет, Н.И. Воскресенская и др., 1999).

Основные сложности использования конкретных инструментов по исследованию качества жизни лиц

с психическими и поведенческими расстройствами связаны с вопросами: 1) «субъективных» и «объективных» количественных оценок; 2) учёта трёх компонентов – благополучия / удовлетворённости; функционального состояния; контекстуальных факторов; 3) комплексной оценки статуса и потребностей лиц с психическими и поведенческими расстройствами; 4) включения психопатологии в различные шкалы оценки качества жизни; 5) взаимосвязи временных параметров проведения соответствующих исследований (Н. Katsching, 1997).

Следует отметить, что, по крайней мере, в некоторых из обсуждаемых методов оценки качества жизни параметры, которые с полным основанием можно отнести к основополагающим характеристикам качества психического здоровья, представлены достаточно широко. Так, например, в методе «Способ количественной оценки качества жизни психически больных» (Г.В. Буковский, 2015) рассматриваются следующие составляющие жизнедеятельности тестируемых лиц: самообслуживание, самообладание, самоконтроль, самопонимание, самопомощь, осмысленность, саморегуляция, самокоррекция, самореализация, самоопределение, самоутверждение, самообеспечение, самосохранение, саморазвитие. К каждой из этих составляющих придаётся краткий комментарий (экспликация) с «расшифровкой» термина для тестируемого лица. Все вышеприведённые составляющие – с нашей точки зрения – могут быть представлены как важные идентификационные аспекты более общей и основополагающей характеристики качества психического здоровья – способности субъекта к эффективной самоорганизации (в рассматриваемой методике данный оцениваемый параметр располагается в ряду всех вышеперечисленных свойств) – которое, соответственно, может быть ранжировано и оценено в количественном выражении достаточно точно.

В тоже время, даже и в этом, последнем примере, прослеживается факт того, что в целом (т.е. методологически) вопрос соотношения индикативных показателей качества жизни с показателями качества психического здоровья – в силу слабой разработанности последних – остаётся не решённым.

Общая оценка уровня достижений

1.6. На основании вышеприведённой оценки уровня достижений в сфере научно-обоснованного определения качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья следует признать, что «серая область», существующая, по выражению Д. Шапиро-мл., между наукой, ориентированной на количественные исследования, и полюсом качества исследуемого феномена, остаётся во многом непознанной. А прояснение соответствующего фрагмента в хартии ВОЗ, касающегося «состояния полного физического, психического и социального благополучия» в части соответствующих

характеристик «психического благополучия» – незавершённым.

Проведённый нами анализ в первую очередь демонстрирует наличие дефицита системных исследований с выверенной методологией идентификации существенных характеристик качества индивидуального и социального психического здоровья.

В частности, в реализованных на сегодняшний день тематических исследованиях не уточнены методологические установки и не получены аргументированные ответы на такие вопросы:

- в контексте, каких именно базисных (эпистемологических, функциональных) подходов, были выстроены соответствующие исследовательские стратегии;

- на основании, каких исследовательских критериев и требований, были идентифицированы структурно-содержательные характеристики категории качества индивидуального и социального психического здоровья;

- на основании, каких критериев и подходов выстраиваются системные характеристики феномена качества психического здоровья, и устанавливается их частичное или полное функциональное тождество с такими, например, понятиями, как «адаптация», «психологическое здоровье», «качество жизни» и др.; а также – с категорией психического и общего (интегрального) здоровья.

Далее, совершенно очевидно, что помимо обозначенного методологического дефицита в проанализированном массиве данных не конкретизируются и другие основополагающие характеристики исследуемого феномена: не достаёт чёткого определения качества индивидуального и социального психического здоровья, сформулированного в ключе заявляемого идентификационного подхода; недостаточно проработаны структурно-содержательные, собственно-системные, технологические, инструментальные, а так же институциональные аспекты категории качества психического здоровья; отсутствует видение основных принципов, на которых может выстраиваться перспективная базисная исследовательская программа.

Все обозначенные дефициты – методологические, концептуальные, доктринальные и институциональные – как понятно из всего сказанного, имеют шансы на преодоление лишь в результате реализации масштабного проекта с широким комплексом проработанных исследовательских задач.

Разработка, организация и проведение таких масштабных проектов, собственно, и является первоочередной задачей научного сообщества, ориентированного на системное исследование качества индивидуального и социального психического здоровья, и устранение абсолютно неприемлемого разрыва, существующего между актуальными социальными потребностями и уровнем знаний в рассматриваемой сфере.

2. Общая методология исследования

2.1. Общие сведения об исследовательском проекте (основные фрагменты и этапы исследования; цели и задачи исследования по каждому этапу)

Комплексный проект по исследованию системных характеристик феномена качества индивидуального и социального психического здоровья включал семь относительно самостоятельных фрагментов, объединённых общей стратегической целью и единым методологическим подходом.

На предварительном этапе (1996-2001 гг.) – в рамках инициативного исследовательского проекта – была проведена первичная оценка уровня предшествующих достижений в рассматриваемой сфере, предпринята попытка обоснованной дифференциации качественных характеристик и базисных индикаторов, оценивающих уровни социального психического здоровья, обоснована наиболее приоритетная проблематика; в частности были уточнены некоторые актуальные социальные контексты и методологические установки, в рамках которых должны были быть реализованы следующие исследовательские этапы.

Идентификация функциональных (т.е. наиболее существенных с точки зрения актуального социального запроса) качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, исследование структурно-содержательных, инструментальных и собственно системных аспектов изучаемого феномена проводилось в рамках деятельности Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, Республика Казахстан) – первого научного центра аддиктологического профиля, действующего в Центрально-Азиатском регионе и имеющего статус Международного ресурсного центра (проект УНП ООН по созданию всемирной сети ресурсных центров «*Treatnet*»). Начиная с 2002 г., научным коллективом РНПЦ МСПН по отдельным тематическим аспектам были выполнены четыре научно-технические программы (НТП 2002-2004 гг., НТП 2005-2007 гг., НТП 2008-2010 гг., НТП 2011-2013 гг.), в каждой из которых проблематика исследования системных характеристик качества индивидуального и социального психического здоровья занимала одно из центральных мест.

Задача исследования соотношения качественных характеристик категории психического здоровья с традиционными индикативными характеристиками, демонстрирующими факт наличия – отсутствия психических расстройств и агрегированных в соответствующие уровни психического здоровья, выполнялась в ходе специального инициативного фрагмента, реализованного в период 2003-2006 гг.

Задачи по дальнейшей функциональной дифференциации качественных характеристик психического здоровья (идентификация универсальных мише-

ней интегративной психотерапии), углубленное исследование некоторых инструментальных аспектов, а так же разработка элементов структуры и общих принципов базисной исследовательской программы в рассматриваемой сфере выполнялись в рамках реализации комплексного проекта по разработке актуальных теоретических и практических аспектов направления интегративной и эклектической психотерапии. Основные исполнители настоящего проекта – кафедра психотерапии, психиатрии – наркологии, клинической и консультативной психологии Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, РК), руководитель – профессор А.Л. Катков; кафедра психотерапии, медицинской психологии с курсом сексологии и сексopatологии Российской медицинской академии последипломного образования (г. Москва, РФ), руководитель – профессор В.В. Макаров. Сроки реализации настоящего фрагмента – 2001-2012 гг.

Начальная фаза специального фрагмента по исследованию психологических и психотехнологических основ эффективной самоорганизации – стержневой функциональной характеристики феномена качества психического здоровья – была реализована в период 2005-2014 гг. в ходе разработки и изучения эффективности модели первичной психотерапевтической помощи: «Полимодальная экспресс-психотерапия» (2005-2010); завершающая фаза – в рамках одноимённого исследовательского проекта Международного института социальной психотерапии (МИСП) (2013-2014 гг.). В процессе выполнения данного исследовательского фрагмента была предложена модель и изучены крайние варианты прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла, на основании чего был разработан проект универсального протокола психотехнического анализа помогающих практик, т.е. решались задачи разработки инструментальных аспектов исследуемой категории качества психического здоровья.

Задачи по функциональной дифференциации и разработке институциональных характеристик исследуемой категории качества психического здоровья решались в ходе выполнения еще одного исследовательского фрагмента по обоснованию и исследованию эффективности экспериментальной модели социальной психотерапии. Данный фрагмент последовательно реализовывался в рамках тематических НТП РНПЦ МСПН (г. Павлодар, Казахстан) (2005-2010 гг.) и далее, в рамках исследовательской деятельности МИСП (г. Санкт-Петербург, Россия) (2013-2014 гг.).

Итоговые задачи аналитического плана по сведениям полученных результатов и разработке итоговых системных характеристик рассматриваемого феномена качества индивидуального и социального психического здоровья решались на заключительной фазе реализации комплексного проекта в рамках выполнения научной программы МИСП (г. Санкт-Петербург, Россия) (2014-2015 гг.).

Поскольку большая часть из перечисленных исследовательских фрагментов реализовывалась в параллельных по времени проектах, есть смысл выделять лишь три этапа комплексного проекта – предварительный этап (1996-2001 гг.); этап проведения полевых исследований и разработки содержательных характеристик феномена качества психического здоровья (2002-2014 гг.); аналитический этап (2014-2015 гг.).

Все вышеприведённые исследовательские фрагменты были реализованы либо лично автором (1-й, 4-й, 5-й, 6-й, 7-й фрагменты), либо под его непосредственным руководством (2-й, 3-й фрагменты).

2.2. Основные методологические установки

Главным тезисом, определяющим общее направление и методологическую специфику реализованных исследовательских фрагментов, является констатация того важного обстоятельства, что изучение качественных характеристик рассматриваемого феномена индивидуального и социального психического здоровья имеет свою отчётливую специфику.

Такого рода исследования в существенно большей степени, чем, например, изучение интенсивности распространения тех или иных признаков расстройств психики в определённых группах населения или исследования их биологических основ, должны опираться на следующие главные эпистемологические установки эпохи научного постмодерна:

- статус истины здесь не имеет абсолютного значения, а устанавливается, исходя из заданного актуального контекста, который, по возможности, должен быть чётко сформулирован и расписан в соответствующих технических заданиях; таким образом, появляется возможность корректного сравнения результатов соответствующих исследований, выполненных в сопоставимых установочных форматах;

- базисный научный подход, используемый в комплексном исследовательском проекте – дисциплинарный, междисциплинарный, внедисциплинарный – здесь должен быть аргументирован, исходя из специфики основного предмета исследования, так же выводимой из общего актуального контекста; последнее обстоятельство, в свою очередь, отражается на всей используемой методологии и терминологии;

- основной принцип, на основании которого формируется результативный алгоритм комплексного исследовательского проекта, здесь должен быть, безусловно, функциональным; т.е. исследуемая качественная характеристика – психическое свойство или процесс – должна быть представлена через общую, частную или антагонистическую функцию, доступную измерению, легко трансформируемую в мишень для соответствующего терапевтического воздействия, и далее – в систему промежуточных и конечных индикаторов, на основании динамики которых, например, делается вывод об эффективности предлагаемых инновационных технологий;

- при сохранении значимости ретроспективного (т.е. обращённого в прошлое) вектора исследования, приоритетным здесь является, всё же, проспективный – обращённый в будущее – вектор исследования, изучающий возможности форсированного развития конструктивного или, наоборот, стагнации деструктивного признака в требуемых параметрах масштаба и скорости изменений; в связи с чем, дискуссия о взаимозависимости биологических, социальных и психологических факторов в обеспечении уровней адаптации и качества жизни конкретного субъекта или исследуемых групп населения должна разворачиваться в сторону научно обоснованной аргументации того, в какой степени форсированное развитие качественных компонентов индивидуального либо социального психического здоровья способно компенсировать исходно неблагоприятные биологические или социальные обстоятельства, и обеспечивать устойчивый тренд конструктивного развития субъекта или группы; такое «вероятностное» прогнозирование должно проводиться в отношении всех предлагаемых способов влияния на качественные характеристики индивидуального или социального психического здоровья;

- методология проведения сравнительных исследований с определёнными правилами подбора групп и использованием прикладной статистики, известная как «доказательная практика», в такого рода качественных исследованиях имеет определяющее значение; т.е. аргументы о предпочтительности того или иного инновационного подхода признаются научно обоснованными лишь на основании использования принципов доказательной практики.

В ключе всего сказанного, в ходе реализации предварительного этапа нами были сформулированы следующие методологические требования к проведению тематических исследований на всех последующих этапах и фрагментах настоящего комплексного проекта.

Актуальный контекст, в поле которого выстраивалась общая методология системного исследования, в нашем случае, был связан с главными эпохальными вызовами, т.е. ключевыми вопросами сохранения относительно высоких уровней адаптации современного человека в условиях фактической утраты механизмов естественного отбора и беспрецедентных темпов роста агрессивности среды. Собственно, этим выбором и была заданы главные системо-образующие характеристики исследуемой категории качества психического здоровья, предполагающие, во-первых, возможность формирования высоких уровней адаптации субъекта за счёт эффективной самоорганизации – основного механизма компенсации прогрессивно утрачиваемых механизмов естественного отбора. А во-вторых – достижения определённого уровня устойчивости субъекта к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии всех типов (что, по сути, есть способ патологической адаптации субъекта в условиях дефицита этого

базисного свойства устойчивости). Таким образом, в первом, контекстуальном, приближении сущностные характеристики категории качества психического здоровья ассоциировались с феноменом самоорганизации – как базисной обеспечивающей функцией, высокими уровнями адаптации – как базисной результирующей функцией, устойчивостью к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии (варианты патологической адаптации) и высокими условиями качества жизни – как базисными индикативными признаками.

Выбор настоящего актуального контекста, безусловно, был проспективно ориентирован, т.е. нацелен на сущностное решение ещё только набирающих обороты актуальных социальных проблем; такой выбор был созвучен синергетическому междисциплинарному научному подходу, основным предметом которого как раз и является самоорганизующая активность сложных систем (из которых наиболее сложными, вне всякого сомнения, являются человек и общество). Но, кроме того, избранный контекст давал возможность использования чётких и однозначных индикативных признаков – антагонистических и позитивных, – на основании которых могли быть идентифицированы искомые качественные характеристики индивидуального и социального психического здоровья.

В связи со всем сказанным, техническое задание наиболее масштабных исследовательских фрагментов (2-4) комплексного проекта было чётко ориентировано на то, что собственно идентификационные характеристики качества индивидуального и социального психического здоровья должны были включать: а) возможность обозначения идентифицируемых факторов – психических свойств и процессов – с помощью известных терминов и определений; б) измеримость апробированными тестами и методиками; в) наличие статистически достоверной и явно выраженной отрицательной корреляции высоких уровней развития, положительной корреляции низких уровней развития идентифицированных свойств с доказанными рисками и фактами формирования адаптационных расстройств, рисками и фактами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость; г) наличие статистически достоверной и явно выраженной положительной корреляции высоких уровней развития, отрицательной корреляции низких уровней развития идентификационных свойств с высокими уровнями адаптации и условиями качества жизни; д) надёжность полученных идентификационных характеристик, которая должна обеспечиваться тройным перекрытием и согласованностью результатов эпидемиологических, экспериментально-клинических и экспериментально-профилактических исследований; е) возможность эффективного влияния на выявленные характеристики в краткосрочной (недели, месяцы) и среднесрочной (1-5 лет) перспективах.

Технологические характеристики идентифицируемых свойств должны были предусматривать возможность: а) выстраивания адекватных индивидуальных мишеней с целью последующего профилактического, лечебного и реабилитационного воздействий; б) выстраивания адекватных социальных мишеней с целью эффективного информационного воздействия первично-профилактического характера, в том числе с использованием каналов СМИ, интернета; в) разработки оптимальных, диагностических и скрининговых программ по определению эффективности соответствующего индивидуального и социального воздействия; г) разработки, на основании всего вышесказанного, инновационных технологий формирования высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды, в том числе – к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии; д) достижения, на основании всего вышперечисленного, таких уровней индивидуальной и социальной самоорганизации, которые эффективно компенсируют издержки мутагенных цивилизационных факторов и обеспечивают устойчивое конструктивное развитие человека и общества.

Синтетические характеристики исследуемых параметров качества психического здоровья должны были предусматривать: а) возможность выстраивания – на основании полученных результатов – целостной концепции качества психического здоровья; б) возможность формирования обновленных доктринальных и соответствующих институциональных подходов по системной и результативной работе с этим важнейшим компонентом интегрального здоровья на всех уровнях социальной активности.

2.3. Используемые материалы, методы и инструменты исследования

Материалы исследования. В связи со сложностью дизайна комплексного исследования материалы были распределены по четырём основным группам:

– материалы по профилю эпидемиологических, клинических и экспериментально-психологических включали репрезентативные выборки и общие исследуемые группы с адекватным распределением – там, где это было предусмотрено дизайном исследования, – на экспериментальные группы и группы сравнения. Так, например, эпидемиологический профиль включал следующие выборки, изучаемые в ходе реализации второго и третьего масштабных фрагментов комплексного исследования: 2001 год – общая выборка населения РК в возрасте 12-55 лет – 7851 человек; 2003 год – общая выборка населения РК в возрасте 12-55 лет – 10560 чел. и 7997 чел.; 2007 год – целевая выборка зависимых от психоактивных веществ – 2446 чел.; 2008 год – целевая выборка школьников (возраст 9-17 лет) – 1854 чел. Общая выборка населения в возрасте 12-55 лет 2003 года

(n=7997), в соответствии с основной методологией исследования третьего фрагмента, распределялась на группы с высоким (n=2284), средним (n=4891) и низким (n=792) уровнями психического здоровья. А также на группы с высоким (n=372), средним (n=6486) и низким (n=1109) уровнями психологического здоровья. Специальная выборка по этому же фрагменту (2003 г., n=2216), по всем параметрам сопоставимая с общей выборкой, состояла из респондентов, проживающих в трёх городах Республики Казахстан (РК), где проводился клинический эксперимент по выявлению субклинических форм психических и поведенческих расстройств, а также гипертрофированных реакций психологической адаптации в группах с низким уровнем психического и психологического здоровья. В целях получения более достоверных, репрезентативных данных по интенсивности распределения дифференцированных характеристик качества психического здоровья, для лиц с принадлежностью к высокому уровню психологического здоровья была сформирована общая база данных (n=1421). Клинический и экспериментально психологический профиль включал в себя следующие исследуемые группы и группы сравнения: лица с высокими рисками вовлечения в химическую и психологическую зависимость – 763 человека; лица с установленным диагнозом химической зависимости – 8751 чел.; лица с деструктивной психологической зависимостью – 286 чел.; лица с расстройствами адаптации (F 43.2 по МКБ-10) – 2212 чел.; лица с высоким уровнем психологического здоровья и отсутствием признаков адаптационного напряжения (группа сравнения) – 221 чел.;

– материалы статистического профиля, отражающие степень интенсивности представленности уровней психического и психологического здоровья в некоторых возрастных группах населения, уровни распространения отдельных видов психических и поведенческих расстройств, основных типов деструктивных социальных эпидемий, охват населения профильной психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической помощью, степень эффективности противодействия процессам прогрессирующего снижения качества психического здоровья, оказываемого в социальном секторе РК (статистические сборники, отчёты, обзоры результатов соответствующих исследований – всего 216 источников);

– материалы нормативного профиля, характеризующие институциональный дефицит, в частности, несовершенство основных инструментов управления качеством психического здоровья населения (законодательство; тематические национальные и региональные программы, стратегии; межведомственные и ведомственные приказы, документы, регламентирующие профессиональную деятельность в секторе здравоохранения, образования – всего 437 источников);

– материалы аналитического профиля, устанавливающие наличие системного доктринального дефицита в сфере соответствующих концептуальных представлений и социальной активности, направленной на повышение качества психического здоровья населения – всего 1830 источников.

Методы исследования

На предварительной стадии реализации комплексного проекта с целью проработки особенностей использования методологии исследования качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья использовался метод *эпистемологического анализа*. Данный метод представляет собой способ критического пересмотра определённой области знаний. Эпистемологический анализ позволяет: идентифицировать глубинный культурно-исторический и собственно эпистемологический контекст, из которого выводится исследуемая форма знаний; отделять иллюзии, химеры, беспочвенные верования, «идеологию» от подлинно научных, концептуальных основ знания; отделять поверхностную интерпретацию контекста развития рассматриваемой области знания от глубинной; осуществлять в результате всего вышесказанного адекватное выведение реальных и обоснованных универсалий в исследуемой сфере, а также путей и методов их получения.

В ходе реализации основных фрагментов комплексного исследования использовались *диагностические методы*: клинко-психопатологический метод, позволяющий выявлять признаки психических и поведенческих расстройств, констатировать наличие синдрома деморализации (по Дж. Франку, 1986) и других психопатологических синдромов у представителей исследуемых групп; клинко-психологический метод, позволяющий квалифицировать особенности личности и поведения, отношения к болезненным проявлениям в исследуемых группах; экспериментально-психологический метод, дающий возможность идентификации свойств психологического здоровья – устойчивости, определения уровня рисков вовлечения в деструктивные социальные эпидемии в тематических исследуемых группах (т.е. искомые качественные характеристики индивидуального и социального психического здоровья).

Экспериментальные методы: метод контролируемого клинического эксперимента, используемый при апробации инновационных психотерапевтических, реабилитационных технологий в экспериментальных группах; метод контролируемого организационного эксперимента, используемый при апробации новых организационных технологий управления качеством психического здоровья; метод экспериментального моделирования, используемый при разработке инновационных технологий и моделей социальной психотерапии.

Аналитические методы: метод экспертных оценок, позволяющий идентифицировать и охарактери-

зовать системный (доктринальный, институциональный) дефицит в сфере качества психического здоровья; метод комплексного анализа эффективности (включая клиническую, социальную, экономическую эффективность), дающий представление о сравнительной эффективности инновационных и традиционных технологий профилактики, лечения, реабилитации, организации, используемых в рассматриваемой сфере.

Универсальные методы и подходы: статистический метод использовался для проведения статистико-математической обработки показателей, полученных при реализации каждого из перечисленных методов в исследуемых группах. При этом использовались программные продукты SPSS для Windows, обладающие необходимыми возможностями для всех этапов аналитического процесса в математической статистике, включая дифференцированный статистический анализ. При изучении взаимосвязи и взаимозависимости исследуемых признаков применялись коэффициенты корреляции Пирсона (измерение силы линейных взаимосвязей между двумя переменными) и Спирмена (ранговая корреляция). Оформление каких-либо выводов делалось только лишь на основании достоверных данных, полученных в результате статистико-математической обработки исследуемых параметров, показателей. Системный подход использовался при решении аналитических задач, требующих осмысления сложной динамики взаимодействия рассматриваемых факторов и параметров, характеризующих категорию качества психического здоровья, сведения разрабатываемых концептов и организационных моделей в систему (концепцию, метамодель) с признаками функционального единства и четко идентифицированным системо-образующим стержнем. Синергетический внедисциплинарный научный подход использовался в этих же целях, в частности, для выстраивания функциональной иерархии качественных характеристик сложной категории психического здоровья.

Инструменты исследования

Наряду со стандартными инструментами – техническим приложением к каждому используемому инструментальному методу (тесты, шкалы и пр. инструменты, соответствующие конкретной тематике каждого фрагмента) – в настоящем исследовании применялись и специальные технологии сбора, обработки и оценки информации, соответствующие специфике комплексного научного проекта.

Инструменты, используемые на стадии сбора и первичной обработки информации:

Павлодарский многофункциональный опросник (ПМО) представляет собой инструмент, позволяющий в ходе проведения эпидемиологических исследований определять: 1) уровень психологического здоровья – устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии изучаемого

региона в целом (возрастная группа 12-55 лет), а также – в тематических фокус-группах: профессиональных, гендерных, этнических, субрегиональных и др., при этом общая методология исследования с помощью ПМО позволяет дифференцировать до 70 фокус-групп; 2) уровни психического здоровья изучаемого региона в целом, а также – в аналогичных фокус-группах; 3) степень взаимозависимости доказанных рисков и факторов вовлечения в конкретные типы деструктивных социальных эпидемий, включая адаптационные расстройства, с идентифицированными уровнями психологического и психического здоровья; 4) степень взаимозависимости каких-либо конкретных факторов или обстоятельств (например, возраст, пол, профессия, социальное окружение, семейный статус, отношение к здоровью и пр.) с идентифицируемыми уровнями психического и психологического здоровья и рисками вовлечения в деструктивные социальные эпидемии. Важной особенностью настоящего инструмента является тот факт, что параметры идентификации соответствующих уровней психического здоровья здесь ассоциируются с традиционными индикативными характеристиками, демонстрирующими факт наличия – отсутствия психических расстройств. В то же время параметры идентификации уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды выстраиваются на основе личностно-ориентированных психологических характеристик исследуемых групп. То есть появляется возможность корректного сопоставления этих двух подходов, а также – их сведения в единую диагностическую модель. С помощью ПМО возможно решение и других исследовательских задач прикладного характера. Выбор задач обусловлен определяемым концептуально-методологическим уровнем исследования: мультисекторальным (в общий формат входят все возможные исследовательские направления); межсекторальным (в общий формат включаются лишь некоторые исследовательские направления); моносекторальным (в общий формат включается лишь одно из всех возможных направлений исследовательской деятельности). В нашем случае ПМО использовался в мультисекторальном формате полной версии (эпидемиологические исследования 2001, 2003, 2007 гг.).

Компьютерная программа по определению уровня психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии – инструмент, используемый как для скрининга, так и для индивидуальной диагностики – представляет собой программный продукт, созданный на основе способа (алгоритма) оценки степени устойчивости и, соответственно, предрасположенности к формированию химической, деструктивной, психологической зависимости для школьников в возрасте 9-11 лет, 12-13 лет, подростков в возрасте от 14 до 18 лет и взрослых в возрасте 19-32 лет. Данная программа позволяет: 1) оперативно определить степень риска вовле-

чения в деструктивные социальные эпидемии для отдельно обследуемых лиц или отдельной группы (ярко выраженный риск; наличие риска; низкий уровень риска); 2) с минимальными временными затратами получить развёрнутый отчёт о состоянии психологического здоровья – устойчивости испытуемого лица, а также о наличии в его статусе биологических и социальных предпосылок к вовлечению в химическую, психологическую зависимость; 3) тестировать респондента многократно, отслеживая результаты эффективности профилактических вмешательств в динамике; 4) тестировать многочисленные группы людей, анализируя соотношение устойчивости – предрасположенности к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии отдельно взятого класса, школы, студенческой группы, всего коллектива учащихся и т.д., и проводить дифференцированный статистический анализ. В нашем случае настоящая программа использовалась с целью определения уровней психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии у детей и подростков – учащихся средних школ РК, а также – в целях оценки эффективности соответствующих профилактических и терапевтических программ.

Шкалированный вариант протокола психотехнического анализа помогающих практик – исследовательский инструмент, используемый как для дифференцированной оценки эффективности реализуемой помогающей практики – психотерапии, психологического консультирования, так и для определения основного типа прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла в кризисные этапы развития. Диагностический раздел протокола позволяет оценивать как степень развития качественных характеристик психического здоровья функционально-динамического уровня, так и степень выраженности синдрома деморализации при прохождении этапов и фаз адаптивно-креативного цикла. Таким образом, данный инструмент ориентирован, прежде всего, на исследование процесса самоорганизации и оценку ресурсного вклада анализируемой практики на каждом этапе адаптивно-креативного цикла. Использование шкалированного варианта протокола психотехнического анализа в сравниваемых группах (четвёртый – пятый фрагменты исследовательского проекта) позволило уточнить важные содержательные характеристики феномена качества психического здоровья, касающиеся эффективной самоорганизации субъекта, а также – конкретизировать ключевые характеристики предметной сферы и универсальные мишени помогающих и развивающих практик.

Базисная исследовательская карта (БИК) стационарного больного – инструмент, используемый для систематизированного сбора информации в ходе проведения клинических, клинико-психологических исследований в рамках реализации настоящего на-

учного проекта. Регистрация исследуемых параметров в изучаемых группах предполагает заполнение самим пациентом и специалистами, имеющими отношение к исследовательскому процессу, трёх частей БИК. Первая часть БИК в общей сложности содержит 172 параметра, 804 показателя, распределённых по 5 разделам, отражающим общие сведения о пациенте. Вторая часть БИК отражает информацию о типе и основных характеристиках патологического состояния зависимости, представлена 176 параметрами, 1084 показателями. В третьей части БИК сосредоточены показатели специальных тестов и исследований – до 350 индикаторов. Статистико-математическая обработка тематических исследовательских карт (их электронный вариант) позволяет установить достоверные различия и значимые корреляции в динамике основных клинико-психопатологических, клинико-психологических проявлений и др. в исследуемых группах – экспериментальных, контрольных, группах сравнения.

Инструменты, используемые для анализа системного дефицита (в основном, институционального) в сфере форсированного развития качества психического здоровья, эффективного противодействия деструктивным социальным эпидемиям:

Универсальная система профессиональных стандартов – данный инструмент представляет собой системное описание определённого структурного уровня исследуемой научно-практической дисциплины (в нашем случае это психиатрия, психотерапия, консультативная психология и аддиктология), конкретизирующего способы и формы институализации основных технологических спецификаций данной дисциплины. Использование данного инструмента существенно облегчает анализ институционального дефицита в рассматриваемой сфере (в нашем случае – институционального дефицита в сфере управления качеством индивидуального и социального психического здоровья). Применительно к задачам настоящего исследования было сформулировано следующее функциональное определение системы профессиональных стандартов – нормативно заданная и согласованная активность соответствующих социальных институтов и служб, направленная на форсированное развитие качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, достижение эффективного контроля в сфере распространения деструктивных социальных эпидемий. Сущностная характеристика предлагаемой эталонной модели стандартных требований по оформлению профессиональной деятельности в интересующей нас сфере состоит в том, что в данной модели каждый из описываемых профессиональных стандартов (мониторинга, услуг, профессиональной спецификации и квалификации, профессиональной подготовки, организации профильных служб) соотносится со всеми остальными по принципу взаи-

мообусловленности, взаимозависимости и взаимодополнения. Эффективность профессиональных усилий здесь оценивается с помощью программы мониторинга, включающей системы промежуточных и конечных индикаторов эффективности. Используя данную схему, можно сравнительно легко определить основные изъяны и несогласованность в деятельности соответствующих профессиональных институтов. Проведение данной процедуры предусматривает заполнение карты комплексной оценки качества деятельности каждой профильной службы с последующей экспертной оценкой полученных результатов.

Шкала уровней контроля в сфере управления качеством психического здоровья, включая тенденции распространения деструктивных социальных эпидемий – это инструмент, используемый для комплексной оценки эффективности усилий по форсированному развитию качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, противодействию распространения деструктивных социальных эпидемий в исследуемых регионах, – содержит следующие идентифицируемые уровни: 1) нулевой уровень контроля (ситуация не исследуется; сведения о распределении соответствующих уровней психического и психологического здоровья, распространении деструктивных социальных эпидемий в конкретном регионе хаотичны и недостоверны; возможности эффективного влияния на ситуации отсутствуют); 2) первый уровень контроля (информация о ситуации неполная; сведения о распределении соответствующих уровней психического и психологического здоровья, распространении деструктивных социальных эпидемий собираются нерегулярно, из ограниченного количества источников; возможность влияния на ситуацию минимальная – усилия по форсированному развитию высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья, противодействующие, в том числе, распространению деструктивных социальных эпидемий, не организованы и не эффективны); 3) второй уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная и регулярно обновляемая; возможность влияния на ситуацию ограничена вследствие недостаточного объёма и эффективности соответствующих усилий); 4) третий уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная, регулярно обновляемая; масштабы и эффективность усилий по формированию высоких уровней качества психического здоровья в конкретном регионе сопоставимы с масштабами проблемы и оказывают существенное влияние на ситуацию, включая блокирование и обратное развитие основных тенденций по распространению социальных эпидемий, устойчивый рост социальной эффективности). Шкала уровней контроля использовалась для оценки промежуточных индикаторов эффективности в рассматриваемой сфере.

2.4. Приверженность принципам доказательной практики

В ходе реализации всех основных фрагментов комплексного исследования обеспечивалась специальными службами статистики и патентоведения, экспертной группой по доказательной медицине, группой по менеджменту научных исследований, этическим комитетом РНПЦ МСПН, которые в совокупности обеспечивали: строгий предварительный и текущий контроль над качеством процесса сбора и анализа первичной информации; соблюдение этических принципов; приверженность принципам надлежащей клинической практики и доказательной медицины. В частности, только лишь положительное заключение экспертного совета и этического комитета по каждому реализуемому фрагменту соответствующей научно-технической программы являлось основанием для продолжения исследования. Промежуточный и итоговый контроль качества проводимых исследований по фрагментам 2-4 осуществлялся экспертами авторитетных исследовательских центров Западной Европы, учёными и диссертационными советами профильных исследовательских институтов и центров гг. Москвы, Санкт-Петербурга, Томска, Алматы.

Таким образом, общее методологическое и организационное построение комплексного исследовательского проекта соответствовало сложности и масштабам заявляемых целей и задач.

3. Результаты исследования

3.1. Универсальные факторы качества психического здоровья, идентифицированные по параметрам риска – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, конструктивному – деструктивному вариантам прохождения адаптивно-креативного цикла

3.1.1. Вводные сведения

Уточнение антагонистических идентификационных параметров в отношении характеристик качества психического здоровья в рамках настоящего комплексного исследования (второй основной фрагмент) в том числе, стало возможным в результате формулировки следующего развёрнутого определения социальных процессов, имеющих непосредственное отношение к исследуемой теме: под термином «деструктивные социальные эпидемии» понимаются процессы развития у существенной части населения (до 12%) адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации – зоны наиболее вероятных рисков формирования химической и деструктивной психологической зависимости; вовлечения населения в химическую (алкоголизм, наркомания, токсикомания) зависимость – до 7% населения; вовлечения в деструктивную психологическую

кую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость) – до 3% населения, масштабы и темпы роста которых, а также объёмы потерь – психологических, социальных, биологических, экономических, несомых обществом в связи с этим, – представляют прямую угрозу существующему социальному порядку, нации, государству.

В приведённой дефиниции определение «социальные» демонстрирует качественное отличие рассматриваемого эпидемического процесса от биологических эпидемий, а также взаимозависимость данного феномена, в первую очередь, с цивилизационными издержками развития, связанными в том числе с прогрессивно снижающейся устойчивостью населения к всё более растущему уровню агрессивности среды – информационной, биологической, физической.

Синдром деморализации, сопутствующий адаптационным расстройствам (шифр F 43.2 по МКБ-10), был описан Д. Франком (1986) в следующих типичных проявлениях: 1) низкий уровень самооценки; 2) чувство безнадежности и беспомощности; 3) чувство страха, тревоги, уныния; 4) спутанность мышления; 5) психофизиологические синдромы, воспринимаемые как признаки нарушения физического здоровья. Существенной особенностью данного состояния является функциональная блокада способностей субъекта к эффективной самоорганизации в ситуациях адаптационного напряжения, с формированием поискового поведения – чаще неосознанного – в сторону формирования ресурсного статуса (например, за счёт употребления психоактивных веществ или формирования состояний изменённого сознания в результате применения специальных психотехнологий, используемых при вовлечении субъекта в экстремистские организации или деструктивные секты).

Уточнение позитивных, дополнение и конкретизация антагонистических характеристик качества психического здоровья (четвёртый, пятый основные фрагменты) оказались возможными в результате идентификации основных вариантов прохождения адаптивно-креативного цикла у клиентов с признаками адаптационных расстройств и группой респондентов с высоким уровнем психологического здоровья и отсутствием признаков адаптационного напряжения.

3.1.2. Определение качественных характеристик и уровней психического здоровья

В контексте оговоренных методологических установок качественные характеристики психического здоровья определяются как система психологических факторов (свойств и процессов), высокий уровень развития которых обеспечивает эффективную самоорганизацию, безопасность и устойчивое развитие человека в агрессивной среде.

Соответственно, уровни качества психического здоровья определяются как определённая степень

развития обозначенной совокупности психологических факторов у конкретного субъекта (индивидуальные характеристики качества психического здоровья) или степень интенсивности распределения ранжированных качественных характеристик в исследуемой выборке населения (социальные характеристики качества психического здоровья).

При этом идентифицируемые уровни качества индивидуального и социального психического здоровья, определяемые в соответствии с базисной методикой, адресуются к социальному индикатору, учитываемому при выведении общего контекста комплексной исследовательской программы. В нашем случае это индикаторы индивидуальной и социальной эффективности, степени риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, наличия показаний к профессиональному – профилактическому, консультативно-психологическому, психотерапевтическому – вмешательству.

Методологически и практически важно, что в приведённом определении обозначается грань между общим понятием психического здоровья (ассоциируемого в большей степени с критериями наличия – отсутствия расстройств психики и поведения) и качественными характеристиками этого сложного феномена. Последние характеристики в ближайшей перспективе будут дополнять и конкретизировать контент сложной категории «психическое здоровье», вытесняя не совсем удачный по лексическому обозначению, но вполне равнозначный по содержанию термин «психологическое здоровье» (в этом термине присутствует обращённость к психологической науке, но не к предметной сфере исследуемого сектора здоровья).

Однако ещё более важным аспектом настоящего определения является акцент именно на те психологические свойства и способности, которые идентифицируются в соответствии с заданным функциональным контекстом – т.е. являются зависимыми переменными, имеющими понятный прагматический смысл. Такую исследуемую совокупность, безусловно, следует отличать от независимых переменных – проявлений элементарной или более дифференцированной психической активности, уровень и темп развития которых в большей степени обусловлен стабильными биологическими факторами, и не может быть существенно повышен в краткосрочной, и среднесрочной перспективе, тем более с достижением предусмотренных конечных индикаторов.

В ключе вышеприведённых комментариев проясняется основная сфера приложения таких научно-практических направлений, как профессиональная психотерапия, аддиктология, консультативная психология. То есть, обозначение данных институтов как «служб психического здоровья» (которое в контексте пока ещё доминирующих доктринальных подходов вызывает определённый диссонанс) в данном случае наполняется новым смыслом, указывающим

на нацеленность этих служб на работу с качественными характеристиками индивидуального и социального психического здоровья и решение достаточно серьёзных социальных проблем, прямо или косвенно связанных с тенденциями прогрессивного снижения качества психического здоровья.

3.1.3. Базисные содержательные характеристики качества психического здоровья

Проведённые нами в ходе реализации второго-пятого этапов комплексные исследования позволили установить, что в наибольшей степени сформулированному в разделе «Общая методология исследования» контексту и функциональным требованиям соответствует система следующих факторов, определяемых как качественные характеристики психического здоровья (первичный, содержательный уровень):

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- сформированность внутреннего локуса контроля;
- наличие психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария;
- наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

Вышеперечисленные свойства, сами по себе достаточно дифференцированные и представляющие обособленные структуры организации личности, соотносятся между собой по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости, взаимодополнения. Доказательная база в отношении соответствия обозначенных свойств установленным параметрам идентификации приводится в следующих подразделах.

Далее, вышеприведённые содержательные характеристики интегрируются в следующие функционально-динамические структуры:

- способность идентифицировать существенные характеристики и адекватно реагировать на актуальные планы реальности;
- способность прогнозировать развитие значимых ситуаций и моделировать своё поведение в соответствии с такими прогнозами;
- способность выстраивать долговременные модели (проекты) индивидуального развития в соответствии со значимыми и мотивирующими целями;
- способность разрабатывать и реализовывать ситуационно-стратегические адаптивные модели поведения и развития;
- базисная потребность в самоорганизации.

Обозначенные структуры – свойства демонстрируют процесс развёртывания функционального потенциала идентифицированных первичных свойств в адаптивные способности более высокого уровня при продвижении субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла. Данный уровень содержательных характеристик феномена качества психического здоровья, соответственно, был идентифицирован при интерпретации результатов, полученных по пятому фрагменту комплексного исследовательского проекта. Выведение функционально-динамического уровня имеет, в том числе, и вполне очевидный прикладной смысл, понятный при определении универсальных мишеней помогающих и развивающих практик.

Результатирующие содержательные характеристики представляют собой сущностное определение феномена качества психического здоровья через общую функцию эффективной самоорганизации, обеспечивающей безопасность и устойчивое развитие субъекта в агрессивной среде.

3.1.4. Первичный содержательный уровень включает следующую краткую характеристику идентифицированных факторов качества психического здоровья и их онтогенетическую динамику.

Личностная идентификация – одна из основных интегративных психологических характеристик, описанных известным американским психологом Э. Эриксеном (1959). Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени человек должен чётко представлять себе ответы на вопрос, кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы должны исходить из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не повторять навязанные извне сценарии-стереотипы, пусть и социально одобряемые. Перед субъектом, полноценно завершившим этап личностной идентификации (чему в немалой степени способствует адекватная стимулирующая активность основных агентов развития в период прохождения первых 4-х жизненных кризисов по Э. Эриксону), появляется отчётливая перспектива собственного жизненного пути, по которому его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Соответственно, в процесс последующего становления и достижения целей будут включаться более мощные психологические ресурсы, обеспечивающие и более высокую вероятность полноценного удовлетворения потребностного цикла. В данной ситуации вероятность поиска и нахождения «коротких путей к счастью» за счёт употребления психоактивных веществ (ПАВ) или специальных психотехнологий, практикуемых экстремистскими организациями и

деструктивными сектами, у такого человека будет существенно более низкой.

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

Навыки ответственного выбора – данное личностное свойство, в идеале, должно являться непременным атрибутом позитивного жизненного сценария или, условно говоря, некоей гарантией для его успешной реализации в агрессивной среде, избыточной альтернативными предложениями (чаще всего с краткосрочной и многообещающей перспективой). Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования – 3-6 лет); собственно навыки ответственного выбора формируются к 12-15 годам. Ключевой характеристикой свойства ответственного выбора

является умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (что в литературе морально-нравственного толка обозначается как «стойкость к искушению»). Наличие каких-либо предпочтений или псевдовыбора с неустойчивым или непринятым решением в отношении возможных альтернатив – с одной стороны, негибкость и ригидность – с другой, качественно отличаются от вышеприведённой характеристики. То есть в нашем случае отказ от альтернативных сценарных решений – вполне осознанный и продуманный шаг, который делается с пониманием всех возможных потерь (обычно в краткосрочной перспективе) и приобретений (обычно в среднесрочной и долгосрочной перспективах). При этом отказ от альтернативных сценариев сопровождается дезавуацией их внешней привлекательности, что не влечёт за собой разыгрывание какого-либо внутреннего конфликта. Субъект, обладающий сформированными навыками ответственного выбора, может утверждать, что, во-первых, способен принимать твёрдые однозначные и последовательные решения в ситуации агрессивно навязываемого выбора, а во-вторых – держаться избранного, несмотря на продолжающееся давление. Ответственный выбор, реализованный в отношении конструктивного жизненного сценария, таким образом, обеспечивает безопасность прохождения собственного жизненного пути, «отбивая» внешне привлекательные, но по сути конфронтационные и агрессивные в отношении идентификационных перспектив, альтернативные сценарные планы (например, предложения по употреблению ПАВ с целью получения эйфорического, стимулирующего или релаксационного эффектов или предложения по вступлению в деструктивную секту, где «тебя по-настоящему понимают» и др.). Подлинной наградой – позитивным подкреплением акции по реализации свободного и ответственного выбора – является полноценное удовлетворение от воплощения того плана, в пользу которого было принято ответственное решение. «Я сделал свой выбор, твёрдо стоял на своем и в результате оказался прав», – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, обеспечившего безопасность своего жизненного пути и получающего деятельностное удовлетворение от избранной жизненной позиции.

Качество внутреннего локуса контроля – данное свойство личности (интернальности – экстернальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Роттером (1947). Характеристики локуса контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно, решение о необходимости такого рода активности исходит от личности с оформленной метапозицией внутреннего локуса контроля. Данное качество формируется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует развитие таких свойств личности, как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Субъект с развитым

качеством внутреннего локуса контроля полностью осознаёт, что только он сам несёт ответственность за всё то, что происходит с ним в жизни. Данная метапозиция повышает шансы на существенное улучшение качества жизни индивида в том случае, если его не устраивают существующие кондиции, за счёт имеющихся инструментов индивидуального и социального развития. Изменить что-либо в себе или хотя бы признать необходимость таких изменений – уже реальный шаг в сторону развития, прелюдия к поиску профессиональной или иной конструктивной помощи и поддержки. Таким образом, сформированное качество внутреннего локуса контроля существенно повышает вероятность разворота личности в сторону долговременных, соответствующих идентификационным целям, информационных и психологических ресурсов. И, соответственно, профилактирует неосознаваемый поиск «коротких путей к счастью», связанных с патологической адаптацией.

Психологические ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария, – данное свойство (по определению являющееся интегрирующим и включающим множественные характеристики психической активности субъекта) в рамках разработанного методологического контекста представлено следующим образом. Во-первых, предполагается, что в рассматриваемых характеристиках качества психического здоровья исходно присутствует нормативный уровень возрастного развития субъекта с наличием соответствующих знаний и навыков. Какой-либо существенный, биологически обусловленный дефицит этого исходного уровня квалифицируется как определённый класс психических и поведенческих расстройств – т.е. получает «количественную» оценку согласно принятой классификации болезней – и поэтому в нашем случае как фактор качества психического здоровья не рассматривается. Таким образом, этот достаточно понятный аспект мы выводим за рамки обсуждения по уже оговоренным методологическим соображениям. Далее, ясно и то, что категория психологических ресурсов, по определению, включает и вышеприведённый перечень личностных характеристик, в данном случае выводимых за рамки настоящей рубрикации (что так же можно оставить без специальных комментариев). Соответственно, в выведении ключевых факторов по настоящей позиции делается акцент именно на те ресурсные личностные характеристики, которые имеют прямое отношение к эффективной реализации идентификационного жизненного сценария и являются основой для формирования соответствующих профилактических и терапевтических мишеней. Среди последних выделяется, во-первых – проработанная базисная адаптационная стратегия с акцентом на синергию (сотрудничество) – открытая к изменениям, стимулирующая актуализацию особых, креативно-пластических личностных ресурсов. Соответственно, такая стратегия стимули-

рует процессы быстрого усвоения имеющейся информации, поступающей по различным каналам, а также – генерации новой, актуальной информации. Данный ключевой фактор может быть дифференцирован на следующие характеристики-мишени: ресурсной метапозиции по отношению к основным агентам со-бытия (со-участие, со-трудничество, со-творчество); синергетической системы межличностных отношений (я благополучен – ты благополучен); наличие навыков коммуникативности, ассертивности, дифференцированной сензитивности, креативности. Первоосновой данной характеристики являются базисные свойства доверия (1 год), автономности – уверенности (2-3 года), трудолюбия (5-12 лет); завершение формирования, в норме, происходит к 18-20 годам. Второй ключевой фактор по данной позиции – наличие проработанного ресурсного личностного статуса (Я – ресурсный). Ресурсный личностный статус актуализируется, как минимум, в моменты адаптационного напряжения и способствует прохождению таких ситуаций в режиме «ресурсного сёрфинга», с максимумом приобретений и минимумом потерь. А также – при определении несущих жизненных смыслов в периоды прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону. Перечень дифференцированных свойств – мишеней здесь может быть следующим: навыки эффективной саморегуляции (в том числе, «ресурсного сёрфинга»), управления здоровьем; специальные навыки по эффективному управлению стрессом, конфликтами, решению проблемных ситуаций; специальный, интегрирующий навык управления жизнью. Первоосновой формирования данной характеристики являются базисные свойства инициативы (3-6 лет), трудолюбия – ответственности (5-12 лет); завершение личностной идентификации (к 18 годам). Вышеприведённые ключевые факторы, необходимые для реализации конструктивного жизненного сценария, могут формироваться и в течение всей жизни, но особенно интенсивно – до 23-летнего возраста. Специально следует отметить, что в данной комбинации ресурсных характеристик приоритет отводится группе креативно-пластических ресурсов, обеспечиваемой синергетической стратегией поведения и активным сотрудничеством субъекта с внешними агентами развития и внутренними, ресурсными инстанциями психического. Сама по себе ресурсная достаточность субъекта надёжно профилактирует поисковое поведение в сторону патологических адаптогенов сверхбыстрого действия.

Адекватная информированность об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основному идентификационному жизненному сценарию, – наиболее удалённое от ядра личности психологическое свойство, имеющее, тем не менее, прямое отношение к личностным реакциям, определяющим вектор поведения субъекта по отношению к агрессивным воздействиям среды. Данное свойство сле-

дует отличать, например, от уровня нормативных знаний, присущих лицам соответствующих возрастных групп. Существенная разница здесь заключается в том, что такого рода специально организованная информация адресуется сложившимся идентификационным сценариям и сформированным на этой основе ценностным установкам субъекта. Таким образом «запускается» механизм сценарного конфликта с возможными альтернативами деструктивного свойства. Именно в этих обстоятельствах последние идентифицируются как чужеродные и агрессивные по отношению к укорененным конструктивным жизненным планам и личностным ценностям. То есть реализуется технология «информационной прививки», блокирующая возможное поисковое поведение субъекта с риском вовлечения в деструктивные социальные эпидемии.

Аналитические данные, полученные на втором этапе комплексного исследования (раздел анамнестических сведений БИК, проанализированный у лиц с высокими рисками вовлечения в химическую и психологическую зависимость – 763 человека; лиц с установленным диагнозом химической зависимости – 8751 чел.; лиц с деструктивной психологической зависимостью – 286 чел.; лица с расстройствами адаптации (F 43.2 по МКБ-10) – 2212 чел.; лиц с высоким уровнем психологического здоровья и отсутствием признаков адаптационного напряжения – 221 чел. полностью подтверждают дееспособность систематики полярных вариантов формирования многих из анализируемых личностных свойств, предложенной выдающимся американским психологом Э. Эриксеном (1959).

3.1.5. Динамика становление высоких и низких уровней исследуемых качественных характеристик психического здоровья была описана этим автором в следующих возрастных рамках и полярных вариантах сценария прохождения жизненных кризисов – ключевых этапов становления идентичности:

1) в первый год жизни у ребёнка формируется базисное *доверие* (конструктивный сценарий) или *недоверие* (деструктивный сценарий) к основным агентам со-бытия;

2) в возрасте от 1 года до 3-х лет формируются такие характеристики, как *автономность*, *уверенность* (конструктивный сценарий) или *сомнение*, *стыд* (деструктивный сценарий);

3) в возрасте от 3-х до 6 лет формируется *инициатива* (конструктивный сценарий) или чувство *вины* и *скованность* (деструктивный сценарий);

4) в возрасте от 6 до 12 лет формируются *трудолюбие*, *ответственность* (конструктивный сценарий) либо чувство *неполноценности*, *избегание сложностей* (деструктивный сценарий);

5) в возрасте от 12 до 18 лет завершается личностное *самоопределение*, *идентификация* (конструктивный сценарий) либо формируются *недифферен-*

цированность, *серость*, *конформизм* (деструктивный сценарий);

6) в возрасте от 18 до 25 лет формируется *инициатива*, *общительность*, *открытость* (конструктивный сценарий) или *изоляция*, *отклонения в психике* (деструктивный сценарий);

7) в возрасте от 25 до 64 лет формируется *творчество*, *передача опыта следующим поколениям* (конструктивный сценарий) или *застой*, *эгоцентризм*, *непродуктивность*, *инвалидизация* (деструктивный сценарий);

8) в возрасте после 64 лет формируется *целостность*, *принятие жизни*, *смирение* (конструктивный сценарий) либо *отчаяние*, *переживание бессмысленности жизни* (деструктивный вариант прохождения жизненных кризисов).

В нашем варианте вышеприведённая схема полярных сценариев формирования идентичности по Э. Эриксону существенно расширяется на этапе описания 5-го жизненного кризиса (возраст 12-18 лет и далее до 23 лет), на котором, помимо завершения личностной идентификации, должны быть сформированы и другие личностные свойства, обеспечивающие функцию эффективной самоорганизации и устойчивости субъекта к агрессивному воздействию среды.

Среди разнообразных факторов, имеющих отношение к формированию конструктивного либо деструктивного сценариев развития качественных характеристик индивидуального психического здоровья нашими исследованиями подтверждается особая роль родительско-детских отношений, внутрисемейных правил, роль основных агентов развития в период прохождения первых четырёх жизненных кризисов.

3.1.6. Доказательная база по соответствию идентифицированных характеристик качества психического здоровья (первичный содержательный уровень), принятых в рамках настоящего комплексного исследования критериям, приведена в нижеследующих тезисах.

На схеме 1 представлены обобщённые результаты второго фрагмента комплексного исследования по определению качественных характеристик психического здоровья, идентифицируемых по антагонистическому признаку рисков вовлечения в основные типы деструктивных социальных эпидемий и степени интенсивности их распределения в исследуемых группах.

В приведённой схеме горизонтальная шкала представляет обозначения идентифицированных факторов качества психического здоровья (первичный содержательный уровень); вертикальная шкала – значения стенов, оценивающих уровень развития исследуемых свойств – от 0 до 10; на горизонтальной шкале, кроме того, выделены общие уровни качества социального психического здоровья населения,

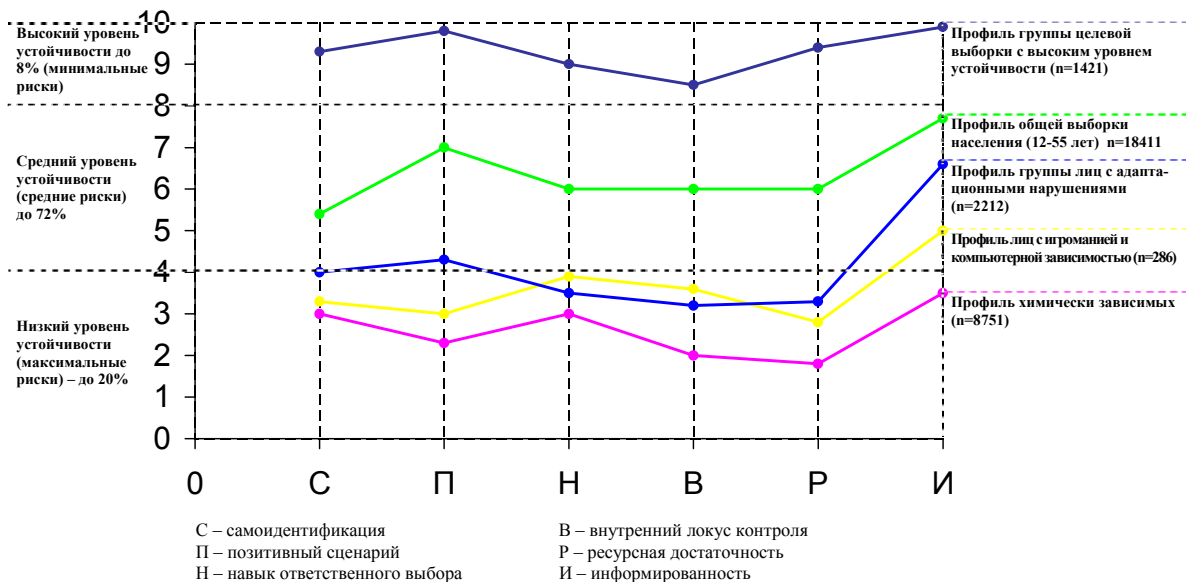


Схема 1. Среднестатистические профили значений факторов качества психического здоровья (первичный содержательный уровень) в исследуемых группах

на основании чего можно делать выводы о дифференциации населения по уровням устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии всех типов.

Как следует из данных, приведённых на схеме 1, среднестатистические профили идентифицированных факторов качества психического здоровья в исследуемых группах демонстрируют, во-первых, статистически значимый и явно выраженный антагонизм высоких уровней развития обозначенных свойств, во-вторых – высокую степень корреляции низких уровней развития данных свойств с максимальными рисками и фактами вовлечения в социальные эпидемии всех типов (с той оговоркой, что профиль деструктивной психологической зависимости в нашем случае был представлен группами лиц с игроманией и компьютерной зависимостью в связи с недостаточным количеством наблюдений по типам вовлечения в экстремистские организации и деструктивные секты; однако и в этих неполных на момент публикации группах прослеживалась та же общая тенденция).

Эти главные закономерности подтверждаются и доказанным тем фактом, что общий профиль группы лиц с химической зависимостью является наименее благоприятным среди всех анализируемых типов деструктивных социальных эпидемий. Дефицит высоких уровней развития факторов качества психического здоровья первичного содержательного уровня, присущий общей группе лиц, вовлечённых в деструктивные социальные эпидемии, в данном случае отягощается ещё и последствиями хронической интоксикации, наиболее пагубными для этих поздних (в онтогенетическом смысле) и наиболее хрупких в отношении агрессивного химического воздействия свойств человеческой психики.

Далее, обращает на себя внимание общее и подтверждающееся результатами соответствующего статистико-математического анализа сходство конфигурации профилей целевой выборки лиц с высокими уровнями качества социального психического здоровья – устойчивости (n=1421), общей выборки (n=18411), группы лиц с адаптационными нарушениями (n=2212). Наиболее высокие значения стенов во всех обозначенных группах соответствовали параметру позитивного (идентификационного) жизненного сценария и степени информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям. Относительно низкие значения стенов соответствовали параметрам сформированности навыков ответственного выбора, внутреннего локуса контроля, наличия психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария. В то же время для общей конфигурации профилей лиц с деструктивной психологической и химической зависимостью, наоборот, были характерны относительно более низкие значения стенов по параметру позитивного жизненного сценария, при том, что степень адекватной информированности оставалась относительно высокой. Наша интерпретация такого рода данных заключается в том, что решающую роль в блокировании вектора поведения, направленного на удовлетворение неосознаваемого ресурсного запроса («короткого пути к счастью» за счёт употребления ПАВ и деструктивных психотехнологий), выполняет сочетание позитивного жизненного сценария и адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к ним. В то время как одного только фактора информированности о вредных последствиях употребления ПАВ или о других деструктивных агентах

явно недостаточно, что, собственно, и объясняет невысокую эффективность первично-профилактических мероприятий, основанных на соответствующих стратегиях.

Данный вывод в существенной степени подтверждается анализом отдельного профиля группы лиц с адаптационными нарушениями. Имеющийся «ограничитель» в виде относительно высоких уровней развития поименованных факторов – второго и шестого (даже и при наличии относительно более низких значений стенов по всем прочим анализируемым параметрам, что, собственно, и обуславливает наличие соответствующих расстройств), как мы видим, разворачивает поисковое поведение индивида в сторону нормативной адаптации, связанной с получением адекватной психологической и психотерапевтической помощи.

Несомненный интерес представляют совокупные аналитические данные о распределении исследуемой генеральной совокупности (в нашем случае это было население РК в возрасте от 12 до 55 лет) по дифференцированным уровням качества социального психического здоровья. В целом, на момент проведения исследования констатировалось, что изучаемая совокупность находится в зоне среднестатистического риска по профилю вовлечения в деструктивные социальные эпидемии. Однако при дифференциации общей исследуемой группы по уровням устойчивости – высокому (значения стенов от 8 до 10), среднему (значения стенов от 4 до 8), низкому (значения стенов от 0 до 4) – в зоне среднестатистического риска остаётся до 72% населения. При этом относительно высокие уровни развития ключевых свойств качества психического здоровья первичного содержательного уровня – позитивного жизненного сценария и адекватной информированности – являются дополнительными факторами, обеспечивающими устойчивость данной группы населения к агрессивному воздействию среды. Факторами, повышающими уровни рисков для данной группы населения, являются очевидная несостоятельность институтов, обеспечивающих эволюционное (адекватные профилактические программы) и форсированное (психологическая, психотерапевтическая кризисная помощь) развитие исследуемых свойств.

Зону максимального риска по профилю вовлечения в деструктивные социальные эпидемии составляет до 20% исследуемой генеральной совокупности. Из этого объёма, по данным, полученным по второму и третьему фрагменту комплексного исследовательского проекта, до 7% населения в той или иной степени вовлечено в наиболее агрессивную химическую зависимость (наркомании, алкоголизм, токсикомании); до 3% – в деструктивную психологическую зависимость; у более чем 12% населения исследуемой возрастной категории присутствуют признаки адаптационных расстройств с проявлениями синдрома деморализации.

Последняя дифференцируемая группа при наличии некоторых ограничительных барьеров является зоной максимального риска для вовлечения в эпидемии химической и деструктивной психологической зависимости. Динамика рисков в данной группе по результатам наших исследований обнаруживает тесную взаимозависимость со степенью выраженности синдрома деморализации, отличительной особенностью которого является способность к блокированию целенаправленного, самоорганизованного поведения индивида. Для данной группы населения ещё в большей степени, чем для лиц со среднестатистическими рисками вовлечения в социальные эпидемии, имеет значение уровень доступности адекватной профессиональной помощи, направленной на преодоление синдрома деморализации, и форсированное развитие качественных характеристик психического здоровья, обеспечивающих высокий уровень устойчивости к агрессивному воздействию среды.

Лица с высоким уровнем качества социального психического здоровья составляют, по нашим данным, до 8% населения исследуемой возрастной группы. Это единственная группа населения, для которой соответствующая институциональная активность по эволюционному либо форсированному развитию исследуемых свойств качества психического здоровья не имеет существенного значения в плане снижения рисков вовлечения в деструктивные социальные эпидемии. В то же время такого рода активность (или её отсутствие) прямо отражается на объёме данной дифференцируемой группы. Так, проведённые нами исследования показали наличие в период 2001-2008 годов тенденции к уменьшению процентного отношения групп населения с высоким и средним уровнями качества социального психического здоровья в пользу группы лиц с низким уровнем развития исследуемых качественных характеристик. Эти тенденции, более характерные для восходящего поколения (дети, подростки, молодёжь), в исследуемый период времени не достигали статистически значимых показателей и перекрывались значениями доверительных интервалов. Однако такой результат – при условии сохранения общей направленности и средних темпов анализируемого динамического процесса, увеличении масштабов соответствующих исследований (объём выборки) – может быть показан уже в ближайшие годы.

3.1.7. Функционально-динамический содержательный уровень характеристик качества психического здоровья формируется, как уже было сказано в начале настоящего подраздела, в результате функциональной интеграции свойств первичного содержательного уровня. Рассматриваемый уровень, обеспечивающий конструктивную динамику адаптационных процессов, содержит следующие краткие характеристики.

Способность идентифицировать сущностные характеристики и адекватно реагировать на актуальные планы реальности: высокий уровень развития данного интегрированного свойства личностной активности противодействует развитию признаков деморализации в ситуации адаптационного напряжения, способствует формированию конструктивной перспективы и целенаправленной активности субъекта в направлении реализации такой перспективы. Соответственно, уровень дискомфорта, связанного с пребыванием субъекта в стрессовой ситуации, а так же общая продолжительность данного периода существенно сокращаются.

Способность прогнозировать развитие значимых ситуаций и моделировать своё поведение в соответствии с такими прогнозами: высокий уровень развития данного свойства позволяет субъекту заранее проработать и профилактировать риски формирования стрессовых ситуаций, а в случае их возникновения – иметь готовые варианты наиболее эффективного решения появляющихся проблем. Такая «опережающая» модель адаптивного поведения субъекта позволяет свести к минимуму или вообще ликвидировать периоды длительного адаптационного напряжения, связанного с деструктивными переживаниями (состояние дистресса), и рассматривать любые ситуационные «вызовы» как вполне решаемые жизненные задачи.

Способность выстраивать долговременные модели (проекты) индивидуального развития в соответствии со значимыми и мотивирующими целями: данное свойство формируется на основе таких первичных факторов – характеристик качества психического здоровья, как завершённая личностная идентификация, наличие конструктивного жизненного сценария. Субъект с высоким уровнем развития данного функционального свойства соотносит множественные варианты развития событий с имеющимися у него стратегическими целями и установками и разрабатывает оптимальную линию поведения с наибольшими шансами на успех. Таким образом, обеспечивается долговременная мотивация на достижение значимых промежуточных и итоговых результатов и приверженность избранной стратегической линии. Что, во-первых, увеличивает шансы на продвижение к планируемым результатам и, соответственно, достижение ресурсного состояния деятельностного удовлетворения, а во-вторых, – на формирование такого качества, которое в ситуации агрессивно навязываемых альтернатив, обозначается как «стойкость», «устойчивость». То есть речь идёт о том, что для такого субъекта степень агрессивности информационной среды, а так же – уровня дискомфорта, связанного с состоянием неопределённости, существенно снижается, а качество жизни, наоборот, повышается.

Способность разрабатывать и реализовывать ситуационно-стратегические адаптивные модели

поведения и развития: высокий уровень развития данного свойства позволяет субъекту эффективно использовать все преимущества конкретной ситуации для достижения значимых промежуточных и конечных стратегических целей. А при наличии неустрашимых препятствий – гибко менять используемые подходы с сохранением высокого темпа продвижения к планируемым результатам. Таким образом, из актуального жизненного горизонта субъекта устраняется один из основных факторов развития антиресурсного состояния деморализации, связанный с расхождением важных стратегических установок с возникающими ситуационными императивами.

Базисная потребность в самоорганизации: данное, весьма важное интегрированное свойство, дополняет схему иерархии индивидуальных потребностей А. Маслоу (1948), в традиционном варианте включающую пять потребностных уровней – физиологические, безопасности, принадлежности и любви, уважения, самоактуализации. В нашем случае к поименованным иерархическим уровням добавляется ещё и шестой уровень – потребность в самоорганизации. Данный уровень достаточно чётко дифференцируется от предшествующего потребностного уровня – самоактуализации, прежде всего, за счёт специфического содержания и вполне осознаваемого характера манифестации этого нового класса потребностей. Кроме того, по нашим данным, деятельностное удовлетворение потребностей в эффективной самоорганизации существенным образом меняет пирамидальную иерархическую конструкцию А. Маслоу. То есть ситуацию в сфере формирования иерархии индивидуальных потребностей теперь можно представлять следующим образом: 1) вследствие адекватного развития поименованных факторов первичного содержательного уровня актуализируются потребности в эффективной самоорганизации субъекта; 2) данный потребностный уровень полноценно удовлетворяется, что и является ключевым моментом обретения осознанной не-зависимости, т.е. возможностей эффективного контроля нижележащих (в онтогенетическом плане) потребностных уровней и такого же эффективного контроля альтернативных сценариев блокирования неудовлетворённых потребностей с помощью паталогических адаптогенов сверхбыстрого действия; 3) с этого момента основанием конструкции является перевернутая пирамидальная вершина шестого потребностного уровня, поскольку именно этот новый класс потребностей определяет поведение субъекта и выстраивает обновлённую иерархию (новый порядок) актуальных потребностей других уровней; 4) таким образом, общую конфигурацию актуальных потребностей человека, складывающуюся после ключевого перехода к шестому уровню, можно представить знаком «X», где основанием будет пирамидальный сектор потребностей в самоорганизации, а продол-

жением – расходящиеся грани перевёрнутого классического треугольника по А. Маслоу. В этой новой структуре уровни организации традиционных потребностей меняются на иной системный принцип, соответствующий идентификационной сущности самоорганизованного человека; 5) данная конфигурация обладает существенно более высокой степенью устойчивости в агрессивной среде, поскольку эффективно профилактирует осознаваемые и неосознаваемые поиски «коротких путей к счастью» со всех возможных направлений.

3.1.8. Результирующие содержательные характеристики феномена качества психического здоровья – представляют собой описание крайне важного интегративного свойства психики, обеспечивающего безопасность и устойчивое развитие человека в агрессивной среде. Таким интегративным свойством (рассматриваемым во временной перспективе и как процесс) по результатам проведённого комплексного исследования является способность субъекта к эффективной самоорганизации. Высокий уровень развития данного интегративного свойства позволяет успешно проходить этапы и фазы адаптивно-креативного цикла даже и в условиях агрессивного давления средовых факторов, достигать значимых стратегических целей и получать чувство деятельностиного удовлетворения в результате реализации своего жизненного пути.

Таким образом, обозначенное интегративное свойство, отслеживаемое на всех этапах его становления, является главной универсальной мишенью для инновационных профилактических подходов, помогающих и развивающих практик, используемых в педагогике, практической психологии, психотерапии и психиатрии. Как следует из всего сказанного, в зависимости от задач, решаемых в рамках конкретной помогающей или развивающей практики, данная универсальная мишень может быть представлена в различных содержательных характеристиках-мишенях первичного и функционально-динамического уровней. Но также – и в более элементарных характеристиках-мишенях, раскрывающих объём возможного семантического наполнения термина «самоорганизация» применительно к психике человека (например, таких как: самоактуализация, самопонимание, саморефлексия, самооценка, самочувствие, самопределение, самоутверждение, саморазвитие, самореализация, саморегуляция, самоконтроль, самокоррекция, самосохранение, самообеспечение, самообслуживание). Что касается более масштабных мишеней, в которых свойство – процесс психической самоорганизации представлены наиболее полно, то речь здесь может идти о таких специфических психических состояниях, как «первичное ресурсное состояние» и «устойчивое ресурсное состояние» со всеми этапами их становления и развития, характеризующих функциональную готовность субъекта к

преодолению сложных жизненных обстоятельств. Последняя терминология, чаще всего, используется в рамках профессиональной психотерапии.

3.1.9. Доказательная база по соответствию идентифицированных качественных характеристик феномена качества психического здоровья функционально-динамического уровня, а также – результирующих содержательных характеристик принятым в рамках настоящего комплексного исследования методологическим критериям – была проработана в ходе реализации четвёртого (разработка актуальных теоретических и практических аспектов направления интегративной и эклектической психотерапии) и пятого (исследование психологических и психотехнологических основ эффективной самоорганизации) фрагментов общего исследовательского проекта. При этом исследовались: группа лиц с высоким уровнем психологического здоровья (n=1421), выделяемая из общей выборки населения в возрасте 12-55 лет по методологии ПМО; группа лиц с расстройствами адаптации, соответствующими шифру F 42.2 по МКБ десятого пересмотра (n=2212); специальная группа сравнения (n=221), выделенная из группы лиц с высоким уровнем психологического здоровья и сопоставимая со второй исследуемой группой по основным демографическим характеристикам, наличию стрессовых фактов и сложных жизненных обстоятельств в последние шесть месяцев, но отличающаяся по признаку отсутствия симптомов адаптационного напряжения. Основным критерием, по которому фиксировалось соответствие исследуемых качественных характеристик психического здоровья, функционально-динамического содержательного уровня принятым методологическим установкам – для последних двух групп – были значимые различия в степени выраженности анализируемых свойств, а также – в вариантах прохождения этапов и фаз адаптивно-креативного цикла. Основными используемыми инструментами здесь были: методология ПМО, включающая, в том числе, и оценку характеристик функционально-динамического содержательного уровня качества психического здоровья; диагностический раздел шкалированного варианта протокола психотехнического анализа, позволяющий оценивать как степень развития исследуемых качественных характеристик, так и степень выраженности синдрома деморализации при прохождении этапов и фаз адаптивно-креативного цикла. Респонденты второй и третьей группы, кроме того, проходили тестирование с помощью специально разработанной компьютерной программы по определению уровней психологического здоровья.

В частности, по результатам проведённого анализа было показано, что для лиц с высоким уровнем психологического здоровья, идентифицированных в общей выборке (n=1421), не характерно наличие адаптационных расстройств или каких-либо отдельных

признаков, указывающих на длительное адаптационное напряжение. И, наоборот, для второй, исследуемой в настоящих фрагментах, группы лиц с отчётливыми признаками нарушения адаптации (n=2212) не характерно наличие высокой степени развития качественных характеристик психического здоровья как первичного, так и функционально-динамического содержательных уровней. Различия по этим признакам были существенны и достоверны.

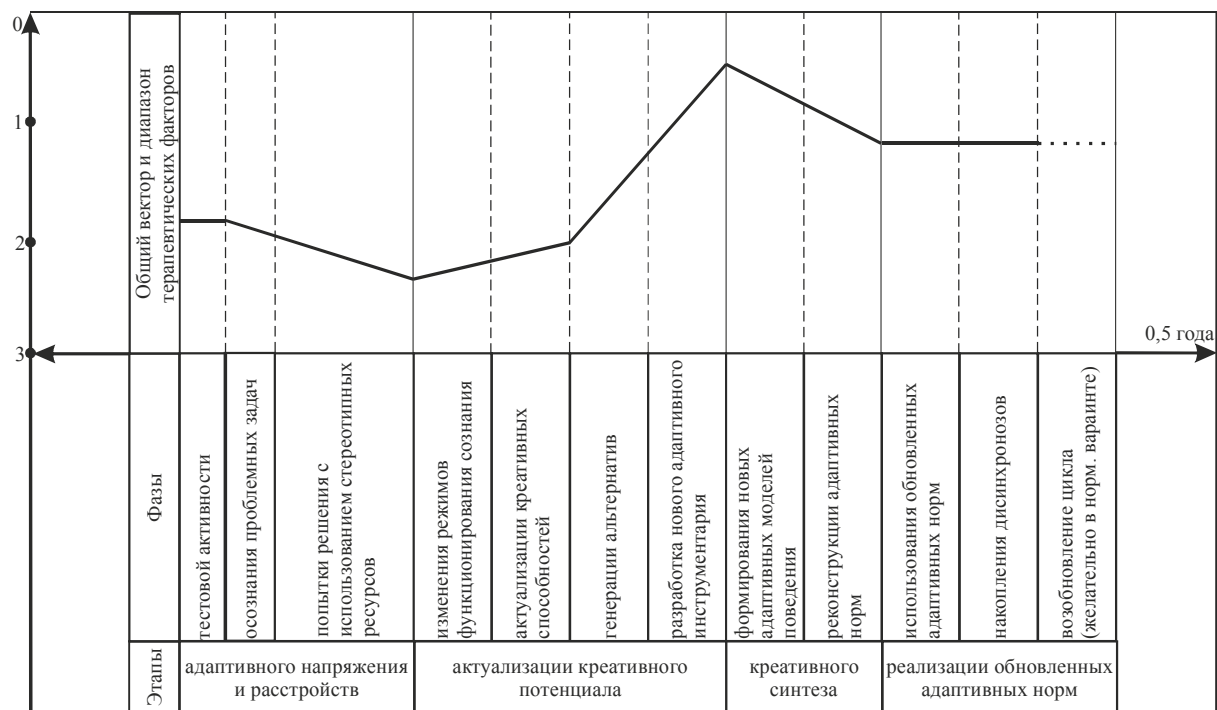
Полярные варианты прохождения адаптивно-креативного цикла, по которым можно судить о степени развития обобщающей функциональной характеристики качества психического здоровья – способности к эффективной самоорганизации – в исследуемых второй (n=2212) и третьей (n=221) группах представлены на схемах 2 и 3.

Кризисный вариант прохождения адаптивно-креативного цикла группой лиц с расстройствами адаптации представлен на схеме 2, в нижней части которой обозначены основные этапы и фазы адаптивно-креативного цикла, условно распределённые по анализируемому временному интервалу (0,5 года). Вертикальная ось схемы отражает градацию степени выраженности признаков деморализации по Дж. Франку – 0 (отсутствие признаков); 1 (единичные, слабо выраженные признаки); 2 (от 2-х до 4-х признаков слабой или средней степени выраженности); 3 (свыше 4-х выраженных признаков). Среднестатистические значения шкалированного распределения признаков синдрома деморализации в исследуемой

группе лиц с расстройствами адаптации – по мере продвижения по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла – отражены в итоговом графике (1).

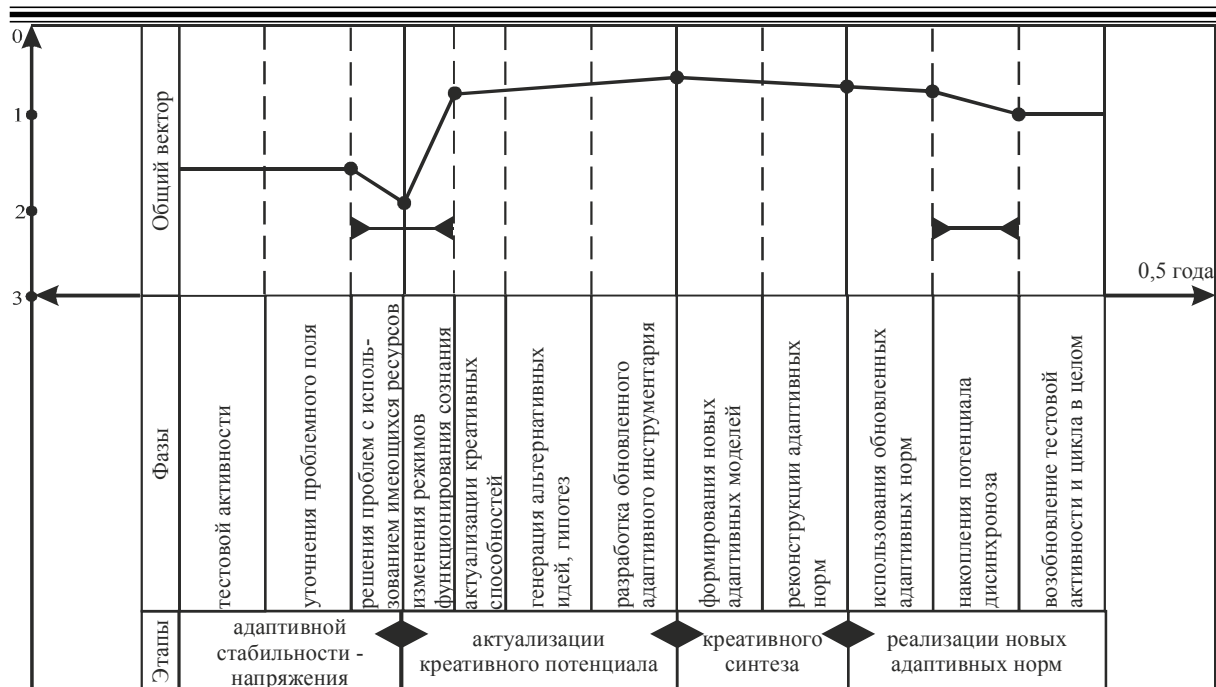
На схеме 2 показано, что для лиц второй исследуемой группы характерны: 1) сравнительно высокая интенсивность распределения признаков состояния деморализации по всем этапам и фазам анализируемого полугодового цикла; 2) сравнительно более продолжительный период перехода от фазы осознания проблемных задач до формирования новых адаптивных моделей поведения (при том, что последние были сформированы в процессе оказания профессиональной психотерапевтической помощи); 3) существенно более выраженный пик проявлений синдрома деморализации при прохождении собственно кризисного эпизода, охватывающего, как минимум, четыре фазы этапов адаптивного напряжения и расстройств, актуализации креативного потенциала; 4) достаточно чёткая дифференциация этапов и фаз адаптивно-креативного цикла.

И, наоборот, при анализе конструктивного варианта прохождения адаптивно-креативного цикла представителями третьей исследуемой группы отмечались: 1) минимальная выраженность признаков состояния деморализации на всех этапах и фазах анализируемого цикла; 2) сравнительно короткий период перехода от фазы осознания проблемных задач до формирования новых адаптивных моделей поведения (при том, что для формирования последних, как правило, не требовалось какое-либо посторон-



Специфические (для кризисного варианта) характеристики адаптивно-креативного цикла
Дифференциация основных этапов
Растягивание периода адаптивной «турбулентности»

Схема 2. Кризисный вариант прохождения адаптивно-креативного цикла



Основные характеристики нормативного варианта

- Ⓐ Диффузия основных этапов
- Ⓑ Сокращение периодов адаптивной “турбулентности”

Схема 3. Конструктивный вариант прохождения адаптивно-креативного цикла

нее вмешательство); 3) существенно менее выраженный пик отдельных и слабо выраженных проявлений синдрома деморализации (эти проявления, обычно, укладывались в такой общий термин, как «эпизодическая озабоченность») при прохождении собственно кризисного эпизода, охватывающего, как максимум, две фазы этапов адаптивного напряжения и расстройств, актуализации креативного потенциала; 4) нечёткая дифференциация этапов и фаз адаптивно-креативного цикла, указывающая на опережающее «включение» креативно-пластического потенциала.

По всем вышеприведённым параметрам различия между второй и третьей сравниваемыми группами были существенными и достоверными. Это интерпретируется нами как доказательство антагонистической взаимозависимости исследуемых качественных характеристик психического здоровья функционально-динамического и результирующего уровней и ранжированных проявлений синдрома деморализации.

В целом же, результаты анализируемых фрагментов свидетельствуют о дееспособности общей концепции качества психического здоровья, формируемой на основании проработанных контекстов и детально разработанной методологии, в плане перспективы реализации важных социальных задач, имеющих непосредственное отношение к обозначенному контексту.

В частности, при разработке такой прагматически ориентированной концепции качества психического здоровья – в ходе реализации второго фрагмента

комплексного исследовательского проекта – было убедительно показано, что при формировании патологической зависимости имеет место определённая последовательность событий: а) формирование дефицита свойств психологического здоровья – устойчивости, приводящего к слабости интегративной функции самоорганизующего, целенаправленного поведения и дезорганизации соответствующих мотивационных структур; б) манифестация адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации, блокирующего и без того дефицитную функцию самоорганизации; в) актуализация чаще неосознаваемого ресурсного запроса, направленного в сторону «короткой дороги к счастью»,хождение которой связано с употреблением ПАВ и реализацией специальных психотехнологий изменённого сознания; г) удовлетворение запроса на сверхбыстрый ресурсный доступ с высокой вероятностью формирования химической либо деструктивной психологической зависимости – патологических форм адаптации субъекта.

В данном случае имеет значение практически идеальное совпадение характера неосознаваемого ресурсного запроса с уникальным комплексом свойств, присущих психоактивным веществам, и деструктивными психотехнологиями. И те, и другие являются адаптогенами сверхбыстрого действия, универсальными заместителями нереализованных потребностей, эффективными протекторами «чуждого» появления желаемых личностных свойств или форм поведения, успешными блокираторами негативной эмоционально заряженной памяти (в

том числе памяти о пережитой физической и душевной боли).

Упрощённые представления о взаимодействии этих двух составляющих рассматриваемого потребностного цикла, как показывает противодействующая социальная практика последних десятилетий, не приводят к искомым результатам. В то же время на основании отмеченных закономерностей выстраиваются эффективные профилактические, терапевтические и реабилитационные программы, представленные как «дальними», так и «ближними» подходами, первые из которых направлены на преодоление исходного дефицита в системе универсальных факторов качества психического здоровья, а вторые – на форсированное развитие искомых свойств. В частности, в корректных экспериментах, реализуемых по второму фрагменту комплексного исследовательского проекта, показано, что эффективность таких инновационных технологий на порядок превышает традиционный институциональный уровень.

Главный прагматический вывод, который следует из всего сказанного, заключается в том, что в условиях агрессивной (и всё более ухудшающейся в этом смысле) среды в качестве единственной актуальной альтернативы утрачиваемым естественным саногенным механизмам может выступать лишь

форсированное развитие высокого уровня самоорганизующей активности человека, трансформируемого в устойчивый адаптационный потенциал. Последний, как и было показано в проведённом комплексном исследовании, обеспечивает высокое качество жизни, эффективное социальное функционирование субъекта в агрессивной среде.

Далее, на основании проведённых нами исследований можно считать полностью доказанным тот факт, что приверженность к так называемому здоровому образу жизни не является самодостаточным или изолированным свойством человеческой психики. Наличие данной позиции у субъекта – есть следствие общего высокого уровня развития у него качественных характеристик психического здоровья и гарантия того, что сформированная таким образом позиция не изменится под давлением времени и обстоятельств. В связи с этим, представляется логичным, чтобы основные профилактические усилия, предпринимаемые в социальном секторе для обеспечения высоких уровней здоровья населения, были направлены, в том числе, и на профессиональную работу с идентифицированными мишенями – качественными характеристиками индивидуального, и социального психического здоровья.

(продолжение следует)

Список литературы:

1. Абрамов В.А. Нравственность и презумпция психического здоровья (по поводу статьи В.А. Тихоненко и Г.М. Румянцевой) // Журн. невропат. и психиатр. – 1992. – № 2. – С. 130-132.
2. Александровский Ю.А. К вопросу о патогенезе психической травмы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. – № 2. – С. 14-15.
3. Амбарумова А.Г., Пустовалова Л.И. Социальные и клиничко-психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1991. – № 1. – С. 26-38.
4. Араkelов Г.Г. Нейронауки – основа развития психологии // Ж. Вопросы психологии. – 2004. – № 5. – С. 89-92.
5. Беличева С.А. Социально-педагогические методы оценки социального развития дезадаптированных подростков // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1995. – № 1. – С. 3-17.
6. Белов В.П., Шмаков А.В. Реабилитация больных как целостная система // Вестн. АМН СССР. – 1977. – № 4. – С. 60-67.
7. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
8. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Постникова Л.В. Качество жизни детей с отклонениями в психическом и речевом развитии // Психиатрия. – 2003. – № 3. – С. 26-28.
9. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. – 1997. – № 5. – С. 3-19.
10. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л.: Наука, 1987. – 124 с.
11. Буковский Г.В. Способ количественной оценки параметров качества жизни психически больных [интернет-ресурс]. – Режим доступа: www.findpatent.ru/patent/245/2452378.html
12. Валентик В.Ю. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: дисс. докт. мед. наук. – М., 1993. – 350 с.
13. Варга А.Я., Вроно Е.М., Ровенских И.Н. и др. Сотрудничество психолога и психиатра. Преимущества и риски совместного ведения случаев психологом и психиатром // Ж. Психотерапия. – 2004. – № 1. – С. 34-44.
14. Василенко И.В. Третичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией (клиничко-социальный и организационно-экономический аспекты): автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2007. – 30 с.
15. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотер. журнал. – 1992. – № 1. – С. 15-32.

-
-
16. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // Ж. Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1995. – № 2. – С. 73-79.
 17. Вахов В.П. Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики // Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 1. – С. 32-35.
 18. Ведрин Ж., Вебер Д. Можно ли оценить риск суицида? // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 3. – С. 69-73.
 19. Виггинс О., Шварц М. Кризис современной психиатрии: потеря личности // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – Том IV. – С. 5-8.
 20. Винг Д. Оценка службы здравоохранения, занимающихся лечением больных шизофренией – эпидемиологический подход // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1975. – Т. 9. – С. 1300-1393.
 21. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 33-39.
 22. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса // Соч. в 6 томах. – М.: Педагогика, 1982-1983.
 23. Ганчо В.Ю., Успенский Ю.П., Гриневиц В.Б., Мехтиев С.Н., Козлова Х.Ю., Ляляева Т.В. Психосоматические особенности, качество жизни и клиническая эффективность флувоксамина (Феварина) у больных с синдромом раздраженного кишечника // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 76-78.
 24. Гебель В. Качество психиатрической помощи: Опыт Германии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 1. – С. 37-41.
 25. Гирич Я.П., Поспелова Т.В. Мотивационный аспект структуры личности в наркологически ориентированных исследованиях. Вопросы первичной и вторичной профилактики хр. алкоголизации // Сб. научн. статей. – Красноярск, 1984. – С. 20-24.
 26. Голимбет В.Е., Воскресенская Н.И., Ляшенко Г.Л., Брусенцева Л.Н., Тазаки В.И., Трубников В.И. Оценка качества жизни людей, ухаживающих за родственниками с деменцией // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 4. – С. 43-48.
 27. Горинев В.В. Понятие психического здоровья и критерии судебно-психиатрических экспертных оценок // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – № 3. – С. 164-170.
 28. Громов С.А., Михайлов В.А., Вассерман Л.И., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – № 6. – С. 4-8.
 29. Датлер В., Фельт У. Психотерапия – самостоятельная дисциплина? / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 58-90.
 30. Дауд Т. Психологическое консультирование // Психологическая энциклопедия, 2-ое издание под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 677-679.
 31. Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 4. – С. 39-41.
 32. Доклад Presidents New Freedom Commission «Выполнение обещаний: трансформация службы психического здоровья в Америке». – 2003.
 33. Дубов И.Г. Феномен менталитета: психологический анализ // Вопросы психологии. – 1993. – № 5. – С. 20-29.
 34. Дубровина И.В. Практическая психология образования. – Питер, 1997. – 592 с.
 35. Дубровина И.В. Руководство практического психолога. – М.: Academia, 1995. – 167 с.
 36. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. – М., 1977. – 168 с.
 37. Жариков Н.М. Эпидемиологическое изучение психической заболеваемости // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1965. – № 4. – С. 617-624.
 38. Жариков Н.М., Левит Б.Г., Либерман Ю.И. О методике и некоторых результатах эпидемиологического исследования шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1968. – № 5. – С. 742-749.
 39. Ждан А.Н. К теоретическим проблемам общей психологии // Вопр. психол. – 2006. – № 6. – С. 137-142.
 40. Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А. Феномен категории зрелости в психологии. – Институт психологии РАН, 2007. – С. 5-12.
 41. Завьялов В.Ю. Интегративная психотерапия в России // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2000. – Т. VII, № 4. – С. 23-30.
 42. Залевский Г.В., Логунцова О.Н., Непомнящая В.А. Качество жизни как комплексная характеристика жизнедеятельности человека // Сибирский психологический журнал. – 2002. – № 16-17. – С. 102-103.
 43. Запускалов С.В., Плотников Б.С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1991. – № 2. – С. 20-25.
 44. Капица С. История десяти миллиардов. – Интернет-ресурсы. – Текст от 09.06.2012. – 7 с.
 45. Каражанова А.С. Сравнительная эффективность комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами: автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. – Павлодар. – 34 с.
 46. Карвасарский Б.Д. Психотерапия // Учебное пособие. – СПб., 2000. – 535 с.
-
-

-
-
47. Карстерс М. Эпидемиология шизофрении // *Вест. АМН СССР*. – 1971. – № 5. – С. 26-30.
48. Катков А.Л. Методология комплексного исследования психического и психологического здоровья населения: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 77 с.
49. Катков А.Л. Ассоциированная эпистемологическая платформа как идея научного обоснования модели объемной реальности [Электронный ресурс] // *Международное Сообщество специалистов в сфере психического здоровья: психологов, психиатров, наркологов, психофармакологов, консультантов, психоаналитиков, психотерапевтов, педагогов, тренеров и социальных работников*. – 2012. – Режим доступа: www.ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=626&t=890&p=1172#p1172
50. Катков А.Л. Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования. – Павлодар, 2012. – 223 с.
51. Катков А.Л. Полиmodalная экспресс-психотерапия // *Профессиональная психотерапевтическая газета*. – М., 2011. – № 11 (107). – С. 18.
52. Катков А.Л. Профилактика, лечение и реабилитация игровой зависимости: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 87 с.
53. Катков А.Л. Психологическое здоровье. Определение, функции, экономические и неэкономические эквиваленты в системе общественных ценностей // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – 1998. – № 1. – С. 60-62.
54. Катков А.Л. Стратегическая полиmodalная психотерапия зависимых от психоактивных веществ: макротехнологические и метатехнологические подходы: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 50 с.
55. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Соотношение психического и психологического здоровья среди населения Республики Казахстан по данным эпидемиологического исследования 2001 года // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Москва – Павлодар. – Т. 10, Специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии», 2004. – С. 90-111.
56. Коблова А.А., Кромм И.Л., Новикова И.Ю. Медико-социологическое обоснование социального функционирования и качества жизни больных с психическими расстройствами // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 10-6. – С. 1381-1385.
57. Кольцова В.А. Актуальные проблемы методологии современной отечественной психологической науки // *Психологический журнал*. – 2007. – Т. 28, № 2. – С. 5-18.
58. Кондратьев Ф.В. Социо-культуральный фон в России конца XX века и его феноменологическое отражение в психопатологии // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1994. – № 2. – С. 135-139.
59. Красик Е.Д. К истории развития и правомерности эпидемиологического метода в психиатрии // *Сб. научн. трудов Рязанского мед. института*. – 1964. – Т. 20. – С. 218-225.
60. Красик Е.Д. Клинико-эпидемиологический аспект охраны психического здоровья населения в Сибирском и Дальневосточном регионах // *Акт. вопр. психиатрии*. – Томск: Изд. Том. ун-та, 1983. – Вып. 1. – С. 37-38.
61. Красик Е.Д. Сравнительная эпидемиологическая характеристика психических расстройств в Сибири и на Дальнем Востоке // *Акт. вопр. психиатрии*. – Томск, 1985. – Вып. 2. – С. 26-28.
62. Красик Е.Д. Эпидемиологические исследования в программах охраны психического здоровья // *Эпидемиол. исследования в неврологии и психиатрии*. – М., 1982. – С. 28-30.
63. Кронфельд А. Психология в психиатрии // *Независимый психиатрический журнал*. – № 1. – 2002. – С. 7-12.
64. Кронфельд А. Психология в психиатрии // *Независимый психиатрический журнал*. – № 2. – 2002. – С. 22-24.
65. Кронфельд А. Психология в психиатрии // *Независимый психиатрический журнал*. – № 3. – 2002. – С. 25-33.
66. Кукъет К. Большие данные преобразуют нашу жизнь // В разделе «Спасение в городах, эволюция видов, гибридное мышление» А. Константинова [интернет-ресурс]. – 2015. – Режим доступа: e.mail.ru/message/14379027670000000427/?template=printmsg.tmpl
67. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. – СПб.: Речь, 2002. – 236 с.
68. Кун Т. Структура научных революций. – БГК им. Бодуэна, 1998. – 297 с.
69. Лакатос И. Методология исследовательских программ // *Пер. с англ.* – М.: Издательство АСТ, 2003. – 380 с.
70. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // *Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева*. – М.: Смысл, 2002. – Вып. 1. – С. 56-65.
71. Лищук В.А. Для верных решений первых лиц // *Медицинская газета*. – 1995. – № 41. – 9 с.
72. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья (обзор). – М., 1994. – 134 с.
73. Мазилев В.А. Методологические проблемы психологии в начале XXI века // *Психологический журнал*. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 23-34.
74. Макаров В.В. Психотерапия: наука, искусство, ремесло // *Ж. Психотерапия*. – 2013. – № 1. – С. 2-4.
75. Макаров В.В., Катков А.Л. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Москва – Павлодар, 2009. – Т. XV, № 1. – С. 20-25.
-
-

-
-
76. Маршакова-Шайкевич И.В. Картографирование науки // В кн. Энциклопедия эпистемологии и философии науки. – М.: Канон, 2009. – С. 348-350.
77. Методика эпидемиологических исследований психических заболеваний // Хроника ВОЗ. – 1961. – Т. 15, № 7. – С. 250-254.
78. Московичи С. Век толп. – М.: Центр психологии и психотерапии, 1996. – 421 с.
79. Немов Р.С. Психология. – М.: Просвещение, 1995. – 555 с.
80. Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // Наркология. – 2005. – № 7. – С. 53-63.
81. Нургазина А.З. Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2006. – 28 с.
82. Ормел Й., Неелеман, Й., Виерсма Д. Детерминанты психического нездоровья: их учёт в научных исследованиях и в политике в сфере психического здоровья // Ж. Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 4. – С. 97-105.
83. Павлов В.А., Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Депрессии, качество жизни в болезни и ремиссии, аутоагрессивность // Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии «Психическое здоровье и безопасность в обществе», Москва, 2-3 декабря 2004 года. – С. 90-91.
84. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2004. – 28 с.
85. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии // 5 издание. – СПб.: Питер, 2003. – 543 с.
86. Пащковский В.У., Дехерт В.А. Качество жизни больных с эндогенными психозами (обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2000. – № 1. – С. 28-31.
87. Перре М., Бауман У. Клиническая психология // 2-ое международное издание. – Питер, 2002. – 1311 с.
88. Петраков Б.Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. – М.: Медицина, 1972. – 300 с.
89. Петраков Б.Д., Петракова Л.Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке // Медицина и здравоохранение. Серия: социальная гигиена и организация здравоохранения. – М., 1988. – 69 с.
90. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. Словарь. – М.: Политиздат, 1990. – 301 с.
91. Покровский В.Н. Предисловие к монографии «Основы здоровья» (обзор). – М., 1994. – С. 3-5.
92. Положий Б.С. Психическое здоровье как отражение социального здоровья общества // Обзор. психиатр и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1993. – № 4. – С. 6-11.
93. Притц А., Тойфельхарт Х. Психотерапия – наука о субъективном // В кн. Психотерапия: Новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 10-30.
94. Прохазка Дж., ДиКлементе К., Норкросс Дж. Психология позитивных изменений. – М., 2013. – 306 с.
95. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии // 6-е международное издание. – М.: «Олма-пресс», 2005. – 383 с.
96. Прохоров А.О. Неравновесные психические состояния и их характеристики в учебной и педагогической деятельности // Вопросы психологии. – 1996. – № 4. – С. 32-43.
97. Работкин О.С., Палатов С.Ю., Малышева Л.Е. Социально-стрессовые факторы и качество жизни 15-18-летних юношей // Наркология. – М., 2004. – № 9. – С. 29-31.
98. Резолюция 5-го Международного Санкт-Петербургского научно-практического конгресса психотерапевтов, психологов-консультантов и практических психологов «Психология и психотерапия в эпоху глобальных вызовов». – 2015.
99. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты): автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. – Томск, 2005. – 37 с.
100. Ротштейн В.Г., Морозова В.П., Богдан А.Н. и соавт. Объективные факторы выявляемости психически больных. Эпидемиология эндогенных психозов и проблема реабилитации психически больных. – М., 1985. – С. 13-21.
101. Румянцева Г.М., Левина Г.М., Грушков А.В., Лебедева М.О., Марголина В.Я., Мельничук Т.М., Пегатова А.Е., Нуллер Ю.Л. Психическое здоровье населения некоторых регионов России // Обзор. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1995. – № 2. – С. 54-73.
102. Сарториус Н. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 1. – С. 4-8.
103. Сахаров Е.А. Возрастные психологические кризисы как донозологические формы пограничных психических расстройств у детей и подростков // Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 2. – С. 44-46.
104. Семичов С.Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Л., 1982. – 68 с.
105. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – 184 с.
106. Семке В. Я. Основы персонологии. – Академический проект, 2000. – 456 с.
107. Семке В.Я. Психическое здоровье и общество // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. – № 1. – С. 5-7.
-
-

-
-
108. Сидоров П.И., Загонникова Е.В., Соловьев А.Г. Возможности взаимодействия психологов, психiatров и церкви в решении проблем психического здоровья населения (на примере Республики Польша) // *Независимый психиатрический журнал*. – 1998. – Том IV. – С. 49-51.
109. Сидоров П.И., Якушев И.Б. От классической психиатрии к ментальной медицине: эволюционный тренд или тень от иллюзий? // *Российский психиатрический журнал*. – 2009. – №4. – С. 73-79.
110. Сидоров П.И., Якушев И.Б. Эволюция парадигмы ментальной медицины // *Ж. Социальная и клиническая психиатрия*. – Том 19. – № 3. – С. 66-73.
111. Сиренко О.И., Терентьева А.В., Рожнов А.А., Стекачев К.Д., Лучкова М.Б. Уровень нервно-психического развития детей младшего возраста и возможность их адаптации в организованном коллективе // *Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. – 1993. – Т. 93. – № 5. – С. 64-65.
112. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования // *Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. – 1993. – № 1. – С. 53-60.
113. Скорик А.И., Никиташина И.Н. Краткий опросник для диагностики нарушений психической адаптации (НПА) // *Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. – 1993. – № 2. – С. 89-91.
114. Соколова Е.Е. Нетерпимость толерантных (еще раз о монизме, плюрализме и дискуссиях о методологических ориентациях психологии) // *Ж. Вопросы психологии*. – 2008. – № 3. – С. 138-145.
115. Соловьев А.Г., Сидоров П.И., Кирпич И.А. Оценка качества жизни больных хроническим алкоголизмом // *Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА*. – М., 2003. – № 3. – С. 37-41.
116. Солохина Т.А., Шевченко А.С., Сейку Ю.В., Рытик Э.Г., Беседина А.В., Веицугина Т.С. Качество жизни родственников психически больных // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 1998. – № 6. – С. 42-45.
117. Стремлен Э. Эпидемиологические проблемы шизофрении // *Журнал невропатологии и психиатрии*. – 1975. – Т. 75. – Вып. 9. – С. 1386-1390.
118. Сухарев А.В. Этнофункциональный подход к проблемам психопрофилактики и воспитания // *Вопросы психологии*. – 1997. – № 4. – С. 81-92.
119. Титова В.В. Исследования эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – СПб., 2004. – 31 с.
120. Торохтий В.С. Психологическое здоровье семьи и пути его изучения // *Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы*. – 1996. – № 3. – С. 36-44.
121. Тукаев Р.Д. Исследования нейрогенеза взрослого мозга: психиатрические и психотерапевтические аспекты // *Ж. Психотерапия*. – 2007. – № 12. – С. 3-7.
122. Тукаев Р.Д. Феномен нейрогенеза взрослого мозга в экспериментальных и клинических исследованиях; аспекты этиопатогенеза психических расстройств, психофармакотерапии и психотерапии // *Ж. Социальная и клиническая психиатрия*. – 2008. – № 2. – С. 96-103.
123. Уайт Р. Цит. по «Психологическая энциклопедия» // 2-ое издание / под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 1093.
124. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции // 4-ое издание, «Академия». – 2001. – 203 с.
125. Цунг-И Лин., Стендли К.К. Роль эпидемиологии в психиатрии: Тетради общественного здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 1962. – № 16.
126. Цыганков Б.Д., Туманов Н.А. Сравнительный анализ уровня качества жизни и клинической картины у лиц с легкой степенью умственной отсталости при различных формах обучения // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2004. – № 3. – С. 23-26.
127. Чуркин А.А. Динамика показателей учтенной заболеваемости пограничными психическими расстройствами // *Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии / Тез. докладов Всесоюз. конф.* – М., 1990. – С. 144-146.
128. Чуркин А.А., Демчева Н.К. Качество жизни и социальное функционирование в психиатрической теории и практике // *Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК*. – Павлодар, 2004. – С. 109-117.
129. Шапиро-мл. Д. Психологическое здоровье // *Психологическая энциклопедия, 2-ое издание, под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха*. – Питер, 2003. – С. 674-676.
130. Шварц М., Виггинс О. Кризис современной психиатрии: обретение личности // *Независимый психиатрический журнал*. – 1999. – Том IV. – С. 9-15.
131. Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // *Журн. невропатол. и психиатр.* – 1983. – № 5. – С. 707-711.
132. Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1999. – № 4. – С. 49-52.
133. Шюлер П. О кооперации психиатров и психологов в Германии // *Сибирский психологический журнал*. – № 14-15. – С. 99-100.
134. Юревич А.В. Естественнонаучная и гуманитарная парадигмы в психологии или Раскачанный маятник // *Вопросы психологии*. – 2005. – № 2. – С. 147-151.
-
-

-
-
135. Юревич А.В. Методологический либерализм в психологии // *Вопросы психологии*. – 2001. – № 5. – С. 3-17.
136. Юревич А.В. Перспективы парадигмального синтеза // *Вопросы психологии*. – 2008. – № 1. – С. 3-15.
137. 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.
138. Юревич А.В. Системный кризис психологии // *Вопросы психологии*. – 1999. – № 2. – С. 3-12.
139. Acirnerno R., Ruggiero K.J., Kilpatrick D.G. et al. Risk and protective factors for psychopathology among older versus younger adults after the 2004 Florida hurricanes // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2006. – 14 (12). – P. 1051-1059.
140. Alvin P. Biological psychiatry: science or pseudoscience? // *Pseudoscience in Biological Psychiatry: Blaming the Body* / Colin Ross and Alvin Pam. – NY: Wley& Sons, 1995. – P. 7-84.
141. Angermeyer M.C., Schomerus G. Концепция стигмы в модели «recovery» // *J. World Psychiatry*. – 2012. – 11:3. – P. 164-165.
142. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice in Psychology // *J. American Psychologist*. – May-June 2006. – P. 271-285.
143. Bandura A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change // *Psychological Review*. – 1977. – № 84. – P. 191-215.
144. Bandura A. *Social foundations of thought and action* / Englewood Cliffs. – NJ: Prentice-Hall, 1986. – 221 p.
145. Barlow D. *Anxiety and its disorders*. – New York: Guilford Press. 1988. – P. 316.
146. Bastine R. *Klinische Psychologie (Bd. 1)*. – Stuttgart: Koehammer, 1984. – 445 s.
147. Bateson G. *Steps toward an ecology of mind*. – New York: Ballantine Books, 1972. – 331 p.
148. Becker P. *Seelische Gesundheit und Verhaltens Kontrolle*. – Güttingen: Hogrefe, 1995. – 210 s.
149. Bellack A.S., Drapalski A. Проблемы и пути развития концепции восстановления (recovery) с точки зрения потребителя медицинской помощи // *J. World Psychiatry*. – 2012. – 11:3. – P. 156-160.
150. Bolton D. Следует ли рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга? Научные взгляды XXI века и их значений для исследовательской и образовательной деятельности // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 21-22.
151. Bower G. *Affect and cognition* // *Philosophical transactions of the Royal Society of London*. – 1983. – № 302. – P. 387-402.
152. Bradburn N.M. *The structure of psychological well-being*. – Chicago, Aldine, 1969. – 77 p.
153. Brandstödter J. *Kern und Leitbegriffe psychologischer Prävention* // *Psychologische Prävention*. – Bern: Huber, 1982. – S. 217-307.
154. Brune M., Belsky H., Fabrega H. et al. // *J. World Psychiatry*. – 2012. – 11:1. – P. 59-61.
155. Bullinger M. *Indices versus profiles – advantages and disadvantages*. In *Quality of life assessment: Key issues in the 1990-s* Edited by Walker S.R., Roser R.M. – Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1993. – P. 209-220.
156. Buston K., Parry-Jones W., Livingston M. et al. Качественные исследования // *Ж. Обзор современной психиатрии*. – 1998. – № 2. – С. 83-85.
157. Connor K.M., Davidson J.R.T. Development of a new scale; The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) // *Depression and Anxiety*. – 2003. – 18. – P. 76-82.
158. Costello E.J., Andold A. Scales to assess child and adolescent depression: Checklists screens, and nets // *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatr*. – 1988. – Vol. 27. – № 6. – P 726-737.
159. Crits-Christoph. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis // *The American Journal of Psychiatry*. – 1992. – № 49. – P. 151-158.
160. Dein S.L. Религия и психическое здоровье: вклад антрополога // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 31-32.
161. Dell R. Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence // *Family Progress*. – 1982. – № 21.
162. Dohrenwend B.P., Dohrenwend B.S., Schwartz Gould M., Link B. et al. *Mental illness in the United States* // *Epidemiological estimates*. – New York: Prages, 1980. – 330 p.
163. Doubl D. *Limits of psychiatry* // *British Medical Journal*. – 2002. – V. 324. – P. 900-934.
164. Dupni H. The psychological General Well-being Index. In *Assessment of quality of life in clinical trades of cardiovascular therapies* // Edited by Wender N. – New York: Le Jacq, 1984. – P. 170-183.
165. Elkinton Y. *Medicine and the quality of life* // *Annals of Internal Medicine*. – 1966. – № 64. – P. 711-714.
166. Ellis A. The basic clinical theory of Rational-Emotive Therapy. In A. Ellis, R. Grieger (Eds.) // *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. – New York: Springer, 1977. – 288 p.
167. Emmelkamp R. Behavior therapy with adults. In A. Bergin, S. Garfield (Eds.) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 68-74.
168. Ericson E. *Identity, youth and crisis*. – New York, 1965. – 361 p.
169. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. *Manuel de psychiatrie*. – Paris, 1967. – P. 943-2000.
170. Fillenbaum G. *Assessment of health and functional status: an international comparison* // In: *Improving the health of the people: A world view*. – Oxford, 1990. – P. 69-90.
171. Fiorino A., Lukiano M., Del Vecchio V. Приоритетные направления исследования в области психического здоровья в Европе: опрос среди национальных ассоциаций заинтересованных кругов в рамках проекта POAMER // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:2. – P. 158-163.
-
-

-
-
172. Flaherty J.A., Gaviria F.M., Pathak D., Mitchell T., Wintrob R., Richman J.A., Bizz S. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1988. – Vol. 176. – № 5. – P. 257-263.
173. Flanagan B., Goldiamond I., Azrin N.M. Instatement of stuttering in normally fluent individuals thought operant procedures // *Science.* – 1989. – № 630. – P. 979-981.
174. Ford J.M., Peres V.B., Mathalon D.H. Нейрофизиологические аспекты предполагаемого фундаментального дефицита при шизофрении // *J. World Psychiatry.* – 2012. – 11:1. – P. 62-64.
175. Forgas J. Mood and judgment: The affect infusion model // *Psychological Bulletin.* – 1995. – № 117. – P. 39-66.
176. Frank J.D. Therapeutic components of psychotherapy F 25 years progress report of research // *The Journal of Nervous and Mental Disease.* – 1974. – № 159. – P. 325-342.
177. Frank J.D., Frank J. *Persnasion and bealing* (3rd ed.). – Baltimore: Johas Hopkins University Press, 1991. – 196 p.
178. Frankl V. *Man's search for meaning.* – New York, 1963. – 281 p.
179. Furth H.G. *Knowledge as desire: An essay on Freud and Piaget.* – New York: Columbia University Press.
180. Garfield S. Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.) // *Handbook of psychotherapy integration.* – New York: Basic Books, 1992. – P. 169-201.
181. Garfield S.L. Major issues in psychotherapy research. In D.K. Freedheim (Ed) // *History of psychotherapy: A century of change.* – Washington, DC: American Psychological Association, 1992. – P. 276.
182. Garfield S.L., Bergin A.E. *Hand-book of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). – New York: Wiley, 1993. – 387 p.
183. Ghawla N., Ostafin B. Experiential avoidans as a functional dimentional approach to psychopatology: an empirical review // *J. Clin. Psychol.* – 2007. – № 63(3). – P. 871-890.
184. Gilleard E. A cross-cultural investigation of Foulds' Hierarchy Model of psychiatric illness // *Brit. J. psych.* – 1983. – Vol. 142. – P. 518-523.
185. Goff D.C. Перспективы лечения когнитивного дефицита и негативной симптоматики шизофрении // *J. World Psychiatry.* – 2013. – 12:2. – P. 95-102.
186. Goldberg C. *On being a psychotherapist.* – New York: Gardner, 1986. – 212 p.
187. Goncalves O.E., Ivey A.E. The effects of unconscious presentation of information on therapist conceptualizations, interventions and responses // *Journal of Clinical Psychology.* – 1987. – № 43. – P. 237-245.
188. Grawe K. Research – informed psychotherapy // *Psychotherapy Research*, 7, 1. – 1997. – P. 1-19.
189. Greenberg L., Elliot R., Lietaer G. Research on humanistic and experiential psychotherapies. In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.) // *Handbook of psychotherapy and behavior change.* – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 405.
190. Greene R.R. *Resiliency: An integrated approach to practice, policy, and research* // NASW Press. – Washington, 2002.
191. Guidano V. *Complexity of the self.* – New York: Guilford Press, 1987. – P. 255.
192. Höfner H. The concept of mental illness // *Developments.* – 1989. – № 2. – P. 159-170.
193. Harrison T., Stuijbergen A. Life purpose: Effect on functional decline and quality of the life in polio survivors // *Rehabilitation Nursing.* – 2006. – 31(4). – P. 149-154.
194. Hayek F.A. *New studies in philosophy, politics, economics, and the history of ideas.* – Chicago: University of Chicago Press, 1978. – P. 185.
195. Hayes S.C., Luoma J.W., Bond F.W., Masuda A., Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes // *Behav. Res. Ther.* – 2006. – № 44(1). – P. 15-19.
196. Heisel M.J. Suicide and its prevention among older adults // *Canadian Journal of Psychiatry.* – 2006. – 51(3). – P. 143-154.
197. Hinterhuber H., Barvas C. Möglichkeiten und Ziele der naturwissenschaftlichen Psychiatrie // *Therapeut. Umschau.* – 1996. – Bd. 53. – № 3. – S. 192-197.
198. Hodiament P., Peer N., Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area // *Psychol. Med.* – 1987. – Vol. 17. – № 7. – P. 495-505.
199. Hollon S., Beck A.T. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. Bergin, S. Garfield (Eds.) // *Handbook of psychotherapy and behavior change.* – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 428-466.
120. Huguelit P., Mandhouj O. Оценка духовности пациента как часть стандартного психического обследования: проблемы и следствия // *J. World Psychiatry.* – 2013. – 12:1. – P. 32-33.
201. Hunt S.M. The problem of quality of life // *Qual. Life Res.* – 1997. – № 6. – P. 205-212.
202. IQOLA SF-36 Russia Standart Version 1.0.
203. Jablensky A., Hugler H. Möglichkeiten und Grensen psychiatrischer epidemiologischer Suurveys fur geographich dofinierte populationen in Europa // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 1982. – Vol. 50. – № 7. – P. 215-238.
204. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health* // Basic Books. – New York, 1958. – 321 p.
205. James W. *Absolution and empiricism* // *Mind.* – 1984. – P. 281-286.
206. Jensen P.S., Xenakis S.N., Davis H., Degroot J. Child psychopathology rating scales and interater agreement II. Child. And characteristics // *J. Amer. Child. Adolest. Psychiatr.* – 1988. – Vol. 27. – № 4. – P. 451-461.
-
-

-
-
207. Kallman P., Alvares-Lopes M.J., Cosin-Tomas M. et al. Rapid changes in histone deacetylases and inflammatory gene expression in expert meditators // *J. Psychoneurology*. – 2014. – Vol. 40. – P. 96-107.
208. Kandel E.R. Новая концептуальная база для психиатрии // *Ж. Обзор современной психиатрии*. – 1999. – № 3. – С. 15-27.
209. Kaplan R., Bush Y., Berry C. Health status: types of validity and the index of well-being // *Health Serv. Res.* – 1976. – № 11. – P. 478-507.
210. Karon B., Widener J. Psychodynamic therapies in historical perspective. In B. Bongar, L. Beutler (Eds.) // *Comprehensive textbook of psychotherapy*. – Oxford University Press, 1995. – P. 387.
211. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // *Current Opinion in Psychiatry*. – 1997. – № 10. – P. 337-345.
212. Kegan R. *The evolving self: Problem and progress in human development*. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982. – 239 p.
213. Kennedy R., Craighead E. Recall of positive and negative feedback by depressed and non-depressed anxious University students // *Unpublished manuscript*. – Pennsylvania State University, 1982. – P. 314.
214. Kennet K., Pargament I., Lomax J.W. Понимание религии и обращение к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 22-29.
215. Kernberg O. An ego psychology object relations theory of the structure of the pathologic narcissism: An overview // *Psychiatric Clinics of North America*. – 1989. – № 12. – P. 723-729.
216. Kihlstrom J.F. On personality and memory. In N. Cantor, J.F. Kihlstrom (Eds.), *Personality, cognition and social interaction*. – Princeton N.J. – Princeton University Press, 1981. – P. 263.
217. Kinsel B. Resilience and adaptation in older women // *Journal of Women & Aging*. – 2005. – 17:3. – P. 23-39.
218. Kohut H. *The analysis of the self*. – New York: International University Press, 1971. – P. 181.
219. Koshdan T.V., Barrios V., Forsyth J.P., Steger M.F. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies // *Behav. Modif.* – 2010. – Vol. 34(6). – P. 1301-1320.
220. Kramer M. Probleme in psychiatric epidemiology. *Proc. Roy. soc. med.* – 1976. – Vol. 63. – P. 553-562.
221. Lemkau P.V. The epidemiological study of mental illness and mental health // *Amer. J. Psychiat.* – 1955. – Vol. 3. – P. 801-809.
222. Lenger N. Resiliency and spirituality: Foundation of strengths perspective counseling with the elderly // *Educational Gerontology*. – 2004. – 30. – P. 611-617.
223. Liberman R. Обновление концепции «resavegu» при шизофрении: формальные показатели улучшаются вслед за функционированием // *J. World Psychiatry*. – 2012. – 11:3. – P. 161-162.
224. Loranger A.W. et al. The WHOADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders: background and purpose // *Journal of personality disorders*. – 1991. – № 5. – P. 296-306.
225. Lorr M., Klett C.J. Cross-cultural comparison of psychotic syndromes // *J. Abnormal Psychol.* – 1969. – V. 74. – P. 531-543.
226. Lubin B., Zuckerman M., Breyspraak L.M., Bull N.C., Gumbhir A.K., Rinck Ch.M. Affects, demographic variables, and health // *J. Clin. Psychol.* – 1988. – Vol. 44. – P. 131-141.
227. Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work // *Child Development*. – 2000. – 71. – P. 543-562.
228. Mac Mahon B., Pugh T.F. *Epidemiology. Principles and Methods*. – Boston, 1970.
229. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // *Journal of Personality Assessment*. – 1994. – Vol. 63. – № 2. – P. 265 - 274.
230. Mahoney M. *Human change progresses*. – New York: Basic Books, 1991. – 314 p.
231. Maj M. Концепция «Я» и шизофрения: некоторые открытые вопросы // *J. World Psychiatry*. – 2012. – 11:1. – P. 65-66.
232. Maj M. Психические расстройства как «болезни мозга» и наследие Ясперса // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 1-2.
233. Maj M. Эволюция терапевтических мишеней в психиатрии: от «безумия» к «проблемам с психическим здоровьем» // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 137-138.
234. Maslow A. Higer and lower needs // *J. of Psychology*. – 1948. – V. 25. – P. 433-436.
235. Maslow A.H. A theory of human motivation // *Psychological Review*. – 1943. – № 50. – P. 26-41.
236. Mechanic D. The challenge of chronic mental illness: a retrospective and prospective view // *Hosp. Commun. Psychiat.* – 1986. – Vol. 37. – № 9. – P. 891-896.
237. Melle I. Дело Брейвика и уроки, которые могут извлечь из него психиатры // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 14-18.
238. Meninger K. *The human mind*. – New York, 1946.
239. Mishara A.L., Schwartz M.A. Психопатология в свете новых направлений в философии сознания, нейропсихиатрии и феноменологии // *Ж. Обзор современной психиатрии*. – 1999. – № 2. – С. 4-10.
240. Neki K., Chai O.P. Parental attitudes and behavioral pathology in children: A cross-cultural study // *Ind. psych. Soc. XXX Ann. Conf. New Dehl. 1.* – 1978. – P. 49.
-
-

-
-
241. Ost L., Hughdall X. *Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients // Behavior Research and Therapy.* – 1995. – № 19. – P. 439-447.
242. Parkinson L., Rachman R. *Are intrusive thoughts subject to habituation? // Behavior Research and Therapy.* – 1980. – № 18. – P. 409-418.
243. Parnas J. *Случай Брейвика и «conditio psychiatrica» // J. World Psychiatry.* – 2013. – 12:1. – P. 19-20.
244. Parsons T. *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In A. Mitscherlich, T. Brocher, O. von Mering // Der Kranke in der modernen Gesellschaft.* – Kūln, 1967. – S. 57-87.
245. Price D. de Solla *Foreword. Essays of an information scientists.* – Philadelphia, 1980. – Vol. 3. – P. 5-9.
246. 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.
247. Reid S. *Бабочки, фракталы и психиатрия // Ж. Обзор современной психиатрии.* – 1999. – С. 4-6.
248. Robins L.M., Wing J., Wittchen H.U., Helzer J.E., Babor Th.F., Burke J., Farmer A., Jablenski A., Pickens R., Regier D.A., Sartorius M., Towle L.H. *The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures / Arch. gener. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 46. – № 12. – P. 1069-1077.
249. Rogers C.R. *Client-centered therapy.* – Boston: Houghton Mifflin, 1951.
250. Rotter J.B. *Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable // American Psychologist.* – 1990. – V. 45. – P. 489-493.
251. Rutter M. *Resilience, competence, and coping // Child Abuse & Neglect.* – 2007. – 31. – P. 205-209.
252. Sanderson W., Barlow D.H. // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1990. – Vol. 178. – № 9. – P. 588-591.
253. Sartorius N. *The Epidemiological Approach to psychiatric disorders // Acta paedo-psychiat.* – 1972. – Vol. 38. – № 10/12. – P. 335-349.
254. Schorr A. *Gesundheit und Krankheit: Zwei Begriffe mit getrenntes Historie? In R. Lutz, N. Mark: Wie gesund sind Kranke? – Gūtingen: Verlag fūr Angewandte Psychologie, 1995. – S. 53-69.*
255. Shedler J., Mayman M., Manis M. *The illusion of mental health // Am. Psychol.* – 1993. – Vol. 48. – № 11. – P. 1117-1131.
256. Shepherd M. *Epidemiology and clinical psychiatry // Brit. J. Psychiat.* – 1978. – V. 133. – P. 289-298.
257. Shepherd M. *The epidemiological approach to psychotropic medication // I. Royal. Soc. Med.* – 1982. – V. 75. – № 4. – P. 226-226.
258. Silberman I. *Religion as a meaning system: Implication for the new millenium // Journal of Social Issues.* – 2005. – 61(4). – P. 641-663.
259. Silvrstein S.M., Bellack A.S. *A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia // Clin. Psychol. Rev.* – 2008. – P. 1108-11024.
260. Skinner B.F. *Science and human behavior.* – New York, 1953. – 193 p.
261. Slade M. *Исследование «recovery»: эмпирические данные из Англии // J. World Psychiatry.* – 2012. – 11:3. – P. 162-163.
262. Smith O.R. et al. *Antisocial personality disorder in primary care patients with somatization disorder // Comprehensive psychiatry.* – 1991. – № 32. – P. 367-372.
263. Spence D. *Narrative truth and historical truth: Meaning and retation in psychoanalysis.* – New York: Norton, 1984. – P. 656.
264. Svartberg M., Stiles T.C. *Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis // Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1991. – № 59. – P. 704-714.
265. Swendsen J., Salamon R. *Мобильные технологии в психиатрии: открытие новых перспектив от биологии до культуры // J. World Psychiatry.* – 2012. – 11:3. – P. 195-197.
266. Tugade M.M., Fredricson B.L. *Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences // Journal of Personality and Social Psychology.* – 2004. – 86(2). – P. 320-333.
267. van Os J., Delespaal P., Wigman J. et al. *За пределами DSM и МКБ: введение в психиатрию «точного диагноза» путем использования технологии моментальной оценки // J. World Psychiatry.* – 2013. – 12:2. – P. 107-110.
268. van Praag H.M. *Религиозность, качество личности, с которым стоит считаться в психиатрии // J. World Psychiatry.* – 2013. – 12:1. – P. 30-31.
269. Veit C., Ware J.J. *The structure of psychological distress and ill-being in general population // J. Consul. Clin. Psychol.* – 1983. – № 51. – P.730-742.
270. Voruganti L.N., Heslegrave R.J., Awad A.G. *Quality of life measurement during antipsychotic drug therapy of schizophrenia // Journal Psychiatry and Neuroscience.* – 1997. – Vol. 22. – № 4. – P. 267-274.
271. Ware J.E. *Standards for validating health measures. Definition and content // J. Chron. Dis.* – 1987. – Vol. 40. – № 6. – P. 473-480.
272. Wing J.K. et al. *SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry // Archives of general psychiatry.* – 1990. – № 47. – P. 589-593.
273. Wolfe B.E. *Self pathology and psychotherapy integration // Journal of the Psychotherapy Integration.* – 1995. – № 5. – P. 293-312.
-
-

УДК 34:001.4

СПЕЦИАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

М.Ш. Кисина

врач – методист организационно-методического отдела РКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Казахстан)

В 2009 году для повышения эффективности оказываемых социальных услуг в соответствии с поручениями Главы государства был принят Закон Республики Казахстан «О специальных социальных услугах», который положил начало новому витку в дальнейшем развитии системы социального обслуживания населения и дал возможность начать её модернизацию с учётом социально-экономического развития Казахстана.

Новые требования в подходе к социальному обслуживанию заключаются в том:

– что специальные социальные услуги гарантируются государством и предоставляются бесплатно, если имеется одно из оснований для признания лица, находящегося в трудной жизненной ситуации: сиротство, беспризорность, девиантное поведение, инвалидность, неспособность к самообслуживанию в виду преклонного возраста, освобождение из мест лишения свободы, бездомность, условно-досрочное освобождение, жестокое обращение;

– что специальные социальные услуги – это комплекс услуг, которые предоставляются с учётом индивидуальных способностей нуждающегося в них лица и объединяют 8 направлений жизнедеятельности человека: социально-бытовую, социально-психологическую, социально-трудовую, социально-медицинскую, социально-культурную, социально-педагогическую, социально-правовую, социально-экономическую.

В результате, человек в комплексе получает поддержку по бытовому обслуживанию, содействие в оформлении полагающихся льгот и пособий, психологическую и педагогическую помощь (при необходимости), создаются условия для вовлечения его в культурную и спортивную сферы, восстановление утраченных профессиональных навыков через занятость, оказание бесплатной юридической консультации:

- а) специальные социальные услуги стандартизированы и предоставляются согласно установленному перечню и объёму услуг с соблюдением порядка и условий их предоставления;
- б) специальные социальные услуги, предоставляются обратившемуся лицу после оценки и

определения его потребности в получении услуг, исходя из состояния здоровья, взаимодействия в обществе, оценки уровня окружающей среды;

- в) специальные социальные услуги дают выбор лицу, в них нуждающемуся, так как предоставляются в организациях, предназначенных для круглосуточного постоянного или временного проживания, а также в условиях дневного пребывания и ухода на дому.

Это позволило сегодня создать альтернативные формы домам-интернатам для лиц престарелого возраста и лиц, имеющих инвалидность, лиц, страдающих психоневрологическими заболеваниями, включая детей с нарушением функций опорно – двигательного аппарата.

Такой формой обслуживания на сегодняшний день является активно развивающаяся сеть отделений дневного пребывания, действующая в 13 регионах страны с охватом более 3 тысяч получателей.

Необходимо также отметить, что принятый Закон Республики Казахстан «О специальных социальных услугах» позволил создать условия для оказания услуг не только в государственных организациях, но и способствовал привлечению к оказанию услуг организациями неправительственного сектора.

Сегодня оказание специальных социальных услуг предоставляется 47 неправительственными организациями (НПО) более 3 тысячам человек в 15 регионах страны. Для сравнения – в 2009 году подобных НПО было лишь 4. При этом НПО являются активными участниками развития сети отделений дневного пребывания. Необходимо отметить, что дневная форма обслуживания предоставляется лицу по месту его жительства, что повышает уровень его ресоциализации в общество, что позволяет, не теряя семейных связей, получать необходимый комплекс услуг.

В свою очередь, участие на рынке услуг НПО создало конкуренцию и способствовало повышению качества услуг, что даёт человеку право выбора формы и места обслуживания.

Но, наверное, самым главным достижением в развитии данной формы обслуживания стало возвращение в семьи 343 детей-инвалидов из детских

психоневрологических медико-социальных организаций, а также трудоустройство 410 родителей, чьи дети получают услуги в отделениях дневного пребывания.

Также введение специальных социальных услуг способствовало изменению подходов в обслуживании населения, так как требовалось единовременное предоставление обратившемуся лицу услуг, включающих бытовое обслуживание, содействие в получении необходимой медицинской помощи, в восстановлении недостающих документов, полагающихся льгот и пособий, в получении необходимых реабилитационных мероприятий, вовлечение в досуговую деятельность, в восстановлении утраченных трудовых навыков, в получении образования.

Это потребовало привлечения в систему новых квалифицированных кадров, владеющих знаниями в области психологии, педагогики, социологии, способных на решение проблем в комплексе с учётом потребностей отдельного человека.

В связи с этим были увеличены штаты организаций системы социального обслуживания путём введения дополнительных единиц. Если раньше в штате медико-социальных учреждений преобладал младший медицинский персонал и воспитатели, то сегодня их места заняли социальные работники по оценке и определению потребностей лиц с ограниченными возможностями; консультанты по социальной работе, обеспечивающие координацию работ специалистов, предоставляющих различные виды специальных социальных услуг; методисты, учителя физкультуры, дефектологи, логопеды, инструкторы по трудотерапии, лечебной физкультуре, музыкальные руководители, диетологи, врачи узких специализаций: невропатолог, педиатр, физиотерапевт, терапевт и т.д.

Необходимо отметить, что специальные социальные услуги сегодня предусматривают новые подходы и в оказании помощи лицам без определённого места жительства (БОМЖ). Сегодня в Казахстане получателями данных услуг являются более 5 тысяч человек, проживающих в 22 центрах социальной адаптации для лиц без определённого места жительства.

Оказание специальных социальных услуг предоставляется с 2013 года с учётом трёх моделей.

Первая из них – это модель «Преодоление трудной жизненной ситуации». Её реализация осуществляется на условиях договорных отношений по желанию лица и предполагает взаимные обязательства сторон, где Центр обеспечивает круглосуточное проживание лица в Центре сроком до одного года с направлением на профессиональное обучение или переобучение, содействие в трудоустройстве, получении съёмного жилья или места в общежитии а Лицо берёт на себя обязательство пройти профессиональное обучение и трудоустроиться в тех организациях, куда его направляет Центр.

В текущем году такими услугами охвачено более 2 тысяч человек.

Следующая модель – это «Отделение ночного пребывания», предоставляющая бездомным лицам, не желающим менять образ жизни, койкоместа в ночное время суток без обеспечения горячим питанием. Сегодня такие отделения открыты при Центрах в Атырауской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Костанайской, Кызылординской, Мангистауской областях, в городе Алматы. В 2013 году услугами данной модели охвачено около 700 человек.

Третья модель – это модель «Мобильная служба “Социальный патруль”» вводится в городах с населением 100 и более тысяч населения для оказания медико-социальной помощи бездомным гражданам на улицах в дневное время суток. Данные службы сегодня действуют при Центрах в Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Павлодарской, Южно-Казахстанской областях, в городах Астана и Алматы. За период т.г. оказаны специальные социальные услуги более 2 тысячам человек.

В основе введения данных моделей обслуживания лежат объективные факторы:

- потребность населения в защите от нестабильного социально-экономического положения;
- необходимость обеспечения социальной безопасности государства путём социального контроля за девиантным поведением отдельных групп населения;
- потребность в формировании и реализации модели социального партнёрства государственных и общественных организаций;
- развитие социальной сплочённости общества и укрепление его социальной стабильности и т.д.

На модернизацию системы социального обслуживания и введение специальных социальных услуг из средств республиканского бюджета с 2009 по 2013 годы было выделено более 22,5 млрд. тенге.

Стоит сказать, что столь значительное финансирование позволило создать условия во всех организациях, оказывающих специальные социальные услуги, укрепить материально-техническую базу, приобрести современное медицинское оборудование, вспомогательное и реабилитационное оборудование, увеличить нормы питания с учётом рекомендаций Академии питания, обеспечить транспортное обслуживание получателей услуг и их доставку к месту получения услуг.

Удельный вес лиц, охваченных специальными социальными услугами, от общего числа лиц, нуждающихся в них, по стране по итогам прошлого года составил 92,2%.

Всего получателями специальных социальных услуг является более 87 тысяч человек, находящихся в трудной жизненной ситуации, в виду наличия инвалидности, неспособности к самообслуживанию и бездомности.

Введение специальных социальных услуг в течение 3-х последних лет доказали свою актуальность и

своевременность. А введённый Закон РК «О специальных социальных услугах» позволил нашей стране, первой на постсоветском пространстве, оказывать услуги, направленные на создание равных условий и возможностей для выхода из сложившейся трудной жизненной ситуации.

В целях реализации пункта 2 статьи 9 Закона РК «О специальных социальных услугах» издан приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан (РК) от 30.10.2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения».

Медико-социальные услуги оказываются в рамках стандарта организации оказания наркологической помощи населению (приказ министерства здравоохранения от 15.04.2014 г. № 188) и включают:

- первично-профилактическую наркологическую помощь (для лиц, не употребляющих наркотические средства);
- первичную наркологическую помощь (для лиц, эпизодически потребляющих наркотики);
- амбулаторное лечение и реабилитацию;
- стационарное лечение и реабилитацию (для наркопотребителей с диагнозом: Наркомания);
- противорецидивную и поддерживающую терапию (для лиц, завершивших курс медико-социальной реабилитации).

Полный курс реабилитации предполагает медикаментозное лечение, психологическое сопровождение, социально-психологическую адаптацию.

Таким образом, в Казахстане организована действенная система лечения наркомании, как заболевания.

Для граждан, признанными больными с наркотической зависимостью, распространяется весь перечень медицинских услуг в рамках гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи.

В настоящее время наркологическая помощь оказывается в соответствии с приказами Министра здравоохранения (МЗ) Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 2 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах)» и от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения».

Все вышеперечисленные нормативно-правовые акты (НПА) предусматривают оказание медико-социальной помощи больным психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), и предусмотрены как структурные подразделения, так и штаты наркологических медицинских организаций. То есть имеются в наличии штатные единицы психологов и социальных работников в амбулаторных и стационарных отделениях и в структуре наркологических организаций имеются отделения медико-социальной реабилитации.

Таким образом, лица, страдающие психическими и поведенческими расстройствами, связанными

с употреблением ПАВ, имеют право пользоваться социальными услугами здравоохранения за счёт бюджетных средств.

Реабилитация наркозависимых лиц не может быть задачей только медицинских или только социальных организаций. Существует понятие «медико-социальная реабилитация», закреплённое в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 19.01.2011 г.), глава 1, статья 1, пункт 68 «Медико-социальная реабилитация – восстановление здоровья больных и инвалидов с комплексным использованием медицинских, социальных и трудовых мероприятий для приобщения к работе, включения в семейную и общественную жизнь».

Также в главе 21, в статье 133, пункт 1.4 и пункт 4 «Права лиц, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» указано, что лица, больные алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, имеют право на: проведение медико-социальной реабилитации по месту жительства, а также в случае необходимости – по месту нахождения, и не допускается ограничение прав и свобод лиц, больных наркоманией, только на основании наличия диагноза наркомании, факта нахождения под динамическим наблюдением в наркологической организации, за исключением случаев, предусмотренных законами Республики Казахстан.

Зарубежный опыт

Для граждан Российской Федерации (РФ) и Украины, признанными больными с наркотической зависимостью, весь перечень медицинских услуг предоставляется платно.

В Законе «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», вышедшем в январе 2015 года, чётко прописаны принципы, условия и порядок предоставления, а также состав и содержание социальных услуг. Совершенно бесплатно помогут несовершеннолетним детям, людям, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций или вооружённых межнациональных конфликтов и тем, у кого доходы ниже 1,5 прожиточного минимума в субъекте.

На Украине самым действенным способом помощи наркозависимому человеку считают реабилитационный центр. В последнее время их насчитывается более 500 центров только в одном Киеве и Киевской области. По всей Украине более 4000 заведений так или иначе связанных с реабилитацией наркозависимых лиц. Данные услуги в Украине являются платными.

В Республике Казахстан, в сравнении с Россией и Украиной, объём специальных социальных услуг в области здравоохранения больным с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, оказывается за счёт бюджета в рамках гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи.

Список использованной литературы:

1. Специальные социальные услуги – новое направление социального обслуживания, И.О. директора Департамента социальной помощи Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Айгуль Табергенова. Информационное агентство NewTimes.kz.
2. Закон РК «О специальных социальных услугах» от 29 декабря 2008 года.
3. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения» от 30.10.2009 года.
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 188 от 15.04.2014 г. «Об утверждении стандарта организации оказания наркологической помощи населению Республики Казахстан».

**ПРОЕКТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
«ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ
УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (7-18 ЛЕТ)»**

Ж.К. Мусабекова	заместитель директора Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, кандидат медицинских наук, г. Павлодар
Н.В. Гафарова	руководитель организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар
М.Ш. Кисина	врач-методист организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар
А.А. Кусаинов	специалист по программам профилактики ВИЧ в Республике Казахстан, проект «Содействие /ICAP» при Колумбийском университете (США), кандидат медицинских наук
Г.С. Смагулова	заместитель главного врача Павлодарского областного наркологического диспансера, г. Павлодар
Г.Т. Бектаева	заместитель главного врача Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана
Г.М. Гурцкая	доцент кафедры общей фармакологии АО «Медицинский университет Астана», клинический фармаколог, кандидат медицинских наук

I ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов у несовершеннолетних (7-18 лет).

2. Код протокола:**3. Код(ы) МКБ-10:**

F12 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов;

F12.0 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Острая интоксикация;

F12.03 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Острая интоксикация с делирием;

F12.1 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Пагубное употребление;

F12.2 Психические и поведенческие расстройства,

вызванные употреблением каннабиноидов. Синдром зависимости;

F12.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Абстинентное состояние;

F12.4 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Абстинентное состояние с делирием;

F12.5 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Психотическое расстройство.

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АД – артериальное давление;

АС – абстинентный синдром;

БАК – биохимические анализы крови;

в/в – внутривенно;

в/м – внутримышечно;

МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра;

МСП – медико-социальная реабилитация;
 НМО – наркологические медицинские организации;
 ОАК – общий анализ крови;
 ОАМ – общий анализ мочи;
 АлаТ – аланинаминотрансфераза;
 АсаТ – аспаргатаминотрансфераза;
 ПВ – патологическое влечение;
 РК – Республика Казахстан;
 РЭГ – реоэнцефалография;
 СК – синтетические каннабиноиды;
 ТГК – тетрагидроканнабиол;
 УД – уровень доказательности;
 УЗИ – ультразвуковое исследование;
 ЦНС – центральная нервная система;

ЭКГ – электрокардиографическое исследование;
 ЭхоЭГ – эхоэнцефалография;
 ЭЭГ – электроэнцефалография.

5. Дата разработки протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: дети.

7. Пользователи протокола: детские психиатры, детские наркологи, детские психотерапевты, врачи-токсикологи, педиатры, врачи общей практики, терапевты (если им будут переданы подростки), врачи скорой медицинской помощи, фельдшер.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результата.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных исследований или исследований «случай-контроль», или высококачественное (++) когортное исследование или исследование «случай-контроль» с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки.
C	Когортное исследование, случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+).
GPP	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

8. Определение: ППР, вызванные употреблением каннабиноидов – комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ из группы каннабиноидов начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [15].

9. Клиническая классификация [1]:

I – первая (начальная) стадия;

II – вторая (средняя) стадия;

III – третья (конечная) стадия.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- острая интоксикация с делирием;
- абстинентное состояние с делирием;
- психотическое расстройство.

Показания для плановой госпитализации:

- употребление каннабиноидов с вредными последствиями;
- установленный диагноз зависимости от каннабиноидов;
- синдром отмены от каннабиноидов (неосложненный).

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови (6 параметров) с подсчетом лейкоформулы;
- исследование мочи общеклиническое;
- БАК (определение аланинаминотрансферазы, аспаргатаминотрансферазы, общего белка, общего и прямого билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы в сыворотке крови);
- диагностическая флюорография органов грудной клетки (с 12 лет), рентгенография обзорная грудной клетки (до 12 лет при необходимости).

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- постановка реакции Вассермана в сыворотке крови с 14 лет, до 14 лет – при наличии сексуальных контактов в анамнезе;
- определение антител к ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение каннабиноидов в биологическом материале экспресс методом для контроля трезвости.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

Данные обследования проводятся в случае, если дата предыдущих исследований превысила более 14 суток при направлении пациента на госпитализацию.

- общий анализ крови (6 параметров) с подсчетом лейкоформулы;
- исследование мочи общеклиническое;
- БАК (определение аланинаминотрансферазы, аспаргатаминотрансферазы, общего белка, общего и прямого билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы в сыворотке крови);
- диагностическая флюорография органов грудной клетки (с 12 лет), рентгенография обзорная грудной клетки (до 12 лет по показаниям);
- консультации специалистов по показаниям (при выявлении патологии).

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови (6 параметров) с подсчетом лейкоформулы;
- исследование мочи общеклиническое;
- БАК (определение аланинаминотрансферазы, аспаргатаминотрансферазы, общего белка, общего и прямого билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы в сыворотке крови).

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):

- ЭКГ;
- УЗИ печени;
- УЗИ почек;
- ЭЭГ;
- ЭХОЭГ;
- РЭГ;
- определение каннабиноидов в биологическом материале экспресс методом для контроля трезвости.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- физикальное обследование;
- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- общий анализ крови (6 параметров) с подсчетом лейкоформулы;
- исследование мочи общеклиническое;
- БАК (определение аланинаминотрансферазы, аспаргатаминотрансферазы, общего белка, общего и прямого билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы в сыворотке крови).

12. Диагностические критерии [4]:

12.1. Жалобы и анамнез:

Острая интоксикация

Жалобы в состоянии интоксикации дети не предъявляют самостоятельно.

Анамнез:

- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении ПАВ пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно назвать вещество);
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в большинстве случаев несовершеннолетние пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов;
- очевидность недавнего употребления психоактивного вещества (или веществ) в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию.

Острая интоксикация с делирием

Жалобы в состоянии интоксикации с делирием дети не предъявляют самостоятельно.

Анамнез:

- появление неадекватности по отношению к текущим событиям, не характерные поступки для данного ребенка после приема ПАВ;
- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении ПАВ пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно назвать вещество);
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в некоторых случаях пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов;
- очевидность недавнего употребления психоактивного вещества (или веществ) в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию.

Пагубное употребление

Жалобы дети не предъявляют самостоятельно. В редких случаях при формировании осложнений могут предъявить следующие жалобы:

- на головные боли;
- общее недомогание;
- тошноту, дискомфорт в области эпигастрия;
- першение в горле, заложенность носа за счет отека слизистой, сухой кашель.

Анамнез:

- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении ПАВ пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно назвать вещество);
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в некоторых случаях пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов.

Синдром зависимости

Жалобы дети не предъявляют самостоятельно. В случаях актуализации влечения к каннабиноидам предъявляют следующие жалобы:

- сниженное настроение, чувство «скуки»;
- затрудненное засыпание;
- на плохие взаимоотношения с другими пациентами (в случае госпитализации);
- на сложности во взаимоотношениях с взрослыми (родителями, другими значимыми людьми, медицинским персоналом, педагогами в школе).

Анамнез:

- имеются данные от сопровождающих лиц о регулярном употреблении каннабиноидов пациентом;
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в некоторых случаях пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов;
- сведения о сформированной зависимости от препаратов каннабиса (признаки измененной реактивности, наличия патологического влечения к каннабиноидам, проявления отмены с учетом возрастных особенностей):

а) патологическое влечение к приему вещества (обсессивное, компульсивное в виде нарушений сна, эмоций, поведения) – особенности у детей проявляются недифференцированностью и нестабильностью синдрома влечения; способностью к спонтанной дезактуализации влечения к ПАВ;

б) наличие и развитие всех признаков синдрома измененной реактивности: в период эпизодического употребления признаки повышения толерантности у детей появляются быстрее, чем у подростков и взрослых пациентов; отсутствие стадии «плато» толерантности при сформированной зависимости от ПАВ (объясняется интенсивным физиологическим ростом детей); изменение формы потребления (если вначале дети, как правило, употребляли ПАВ только в компании, то теперь появляется потребность в уединении); изменение формы опьянения (преобладание эмоциональной лабильности, пониженного настроения, дисфории, лёгкость возникновения аффектов).

в) наличие физической зависимости (выражаемое в развитии физиологического состояния отмены (абстиненции): состояние отмены в детском возрасте характеризуется большим удельным весом психического компонента; меньшей дифференцированностью и степенью выраженности проявлений абстинентного синдрома, чем у старших подростков и взрослых людей.

- продолжение употребления вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий (в том числе социальных).

Абстинентное состояние

Жалобы связаны с особенностями состояния отмены у детей (меньшая дифференцированность и степень выраженности проявлений абстинентного синдрома, чем у подростков и взрослых людей):

- астенического круга: на ощущение недомогания, усталости, разбитости, отсутствие аппетита;
- со стороны аффективно-волевой сферы: на сниженное настроение, раздражительность, перепады настроения, тревогу, необоснованные страхи; мысли и/или желание покурить анашу;
- затрудненное засыпание, беспокойные сны;
- со стороны познавательной сферы: тяжесть и стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли и сжатие в области сердца, чувство сжатия и сдавления головы, особенно в темени и висках; на коже и под кожей – ощущения жжения, покалывания, дергания и т.д.;
- соматовегетативные, неврологические: на дрожание всего тела, рук; повышенную потливость; сердцебиение; болевые ощущения в мышцах и суставах, тошноту, иногда рвоту.

Анамнез:

- имеются данные от сопровождающих лиц о регулярном употреблении каннабиноидов пациентом;
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в некоторых случаях пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов;
- сведения о сформированной зависимости от препаратов каннабиса (признаки измененной реактивности, наличия патологического влечения к каннабиноидам, проявления отмены с учетом возрастных особенностей);
- сведения о регулярном употреблении каннабиноидов и воздержании от употребления в последние минимум 9-12 часов.

Абстинентное состояние с делирием

Жалобы в состоянии отмены каннабиноидов с делирием несовершеннолетние пациенты самостоятельно не предъявляют. Жалобы зависят от болезненных психотических переживаний пациента.

Анамнез:

- появление неадекватности по отношению к текущим событиям, не характерные поступки для данного ребенка после приема ПАВ;
- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении ПАВ пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно назвать вещество);
- сведения о сформированной зависимости от препаратов каннабиса (признаки измененной реактивности, наличия патологического влечения к каннабиноидам, проявления отмены с учетом возрастных особенностей);

-
-
- сведения о регулярном употреблении каннабиноидов и воздержании от употребления в последние минимум 9-12 часов.

Психотическое расстройство

Жалобы в состоянии психотического расстройства несовершеннолетние пациенты не предъявляют самостоятельно. Жалобы зависят от болезненных психотических переживаний пациента:

- со стороны аффективно-волевой сферы: возникающее чувство страха, необъяснимой тревоги, на сниженное настроение, раздражительность;
- затрудненное засыпание, беспокойные сны или повышенную сонливость;
- со стороны познавательной сферы: тяжесть и стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли и сжатие в области сердца, чувство сжатия и сдавления головы, особенно в темени и висках; на коже и под кожей – ощущения жжения, покалывания, дергания и т.д.;
- продолжительность: в течение 1 месяца и полное купирование в течение 6 месяцев.

Анамнез:

- появление неадекватности по отношению к текущим событиям, не характерные поступки для данного ребенка после приема ПАВ;
- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении синтетических каннабиноидов пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно назвать вещество).

12.2 Физикальное обследование:

Синдром интоксикации у несовершеннолетних пациентов имеет следующие особенности:

- в виду ускоренного обмена веществ, в сравнении с взрослыми людьми, состояние опьянения непродолжительно по времени (более быстрое в сравнении с взрослыми людьми протрезвление);
- меньшая дифференцированность субъективного ощущения опьянения, когда потребители ПАВ затрудняются выделить этапы опьянения и наиболее притягательные проявления;
- предпочтительным периодом являются фаза эйфории.

Психический статус:

- расстройства сознания: рассеянность, неспособность сосредоточиться, переходящие в оглушение;
- эмоциональная сфера: эйфория и повышенное настроение, переходящее в возбуждение, злобу и агрессию; тревога, переходящая в панические атаки;
- когнитивная сфера: нарушение структуры и динамики мыслительного процесса («наплывы мыслей», «навязчивости»); нарушение

способности к осмыслению и прогнозированию событий;

- нарушение восприятия (иллюзии, переходящие в при высоких дозах в галлюцинации, слуховые и зрительные); навязчивые состояния, бред, паранойяльные тенденции, дереализация (ощущение не естественной изменённости окружающего мира); деперсонализация (ощущение не естественной изменённости собственного «Я»);
- многоречивость (при высоких дозах – нарушение внятности речи).

Соматовегетативный и неврологический статус:

- инъекция склер;
- мидриаз;
- нарушение координации движений; размашистость / заторможенность движений;
- подъём / снижение артериального давления; учащённое сердцебиение (тахикардия); сухость во рту; учащённое дыхание; рвота;
- судороги (редко).

Синдром интоксикации с делирием у несовершеннолетних пациентов имеет следующие особенности:

- чаще всего возникает в подростковом возрасте при сложившемся регулярном употреблении каннабиноидов;
- меньшая дифференцированность переживаемых субъективных ощущений.

Психический статус:

- начальные проявления делирия в виде страхов; боязливости и тревоги, переходящие в дисфорические состояния, немотивированную агрессивность либо в эйфорию, беспричинное веселье;
- нарушения сознания (делирий, делириозно-нейроидный синдром, состояние спутанности, сумеречные состояния);
- резкое усиление восприимчивости при воздействии различных раздражителей, порой даже индифферентных; речь быстрая, непоследовательная, в некоторых случаях бессвязная, внимание легко отвлекаемо; появление сценподобных зрительных галлюцинаций, нередко фантастического содержания, слуховых обманов;
- психомоторное возбуждение, акатизия (чрезмерная говорливость, непоседливость, неуслычивость);
- сон прерывистый, с устрашающими сновидениями; во время пробуждений больной не может сразу отличить сон от реальности;
- продолжительность – от нескольких часов до нескольких дней;
- при возникновении панических атак в структуре опьянения возрастает вероятность возникновения суицидального поведения.

Соматовегетативный и неврологический статусы:

- тахикардия, потливость, гипертензия, сухость во рту, учащённое дыхание;
- возможен субфебрилитет;
- возможны большие судорожные припадки.

Пагубное употребление у несовершеннолетних пациентов отличается относительно редкой коморбидной патологией в сравнении с взрослыми (объясняется непродолжительным стажем злоупотребления детьми ПАВ).

Психический статус:

- снижение психической активности (утомляемость, особенно при интеллектуальной деятельности, легко отвлекаемое внимание, снижение интеллектуально-мнестических функций);
- обеднение эмоционального спектра;
- психопатоподобное поведение (нарушения поведения, неуправляемость, взрывчатость, агрессивность, уход из дома).

Соматовегетативный и неврологический статусы: редко наблюдаются осложнения со стороны соматического здоровья.

Синдром зависимости у несовершеннолетних пациентов характеризуется более быстрым формированием признаков зависимости при регулярном употреблении ПАВ

Психический статус:

- нарушения сна (сновидения, связанные с ПАВ, позднее засыпание, ранее пробуждение; сон, не приносящий отдыха);
- эмоциональные (аффективные) расстройства (тревожность, лабильность, дисфории);
- эпизодически возникающие или постоянные мысли о ПАВ;
- поведенческие (поисковое поведение у несовершеннолетних пациентов характеризуется агрессивным поведением (вербальная агрессия по отношению к другим пациентам, отказ от назначений, конфликты с персоналом)).

Соматовегетативный и неврологический статусы:

- расширение зрачка (мидриаз);
- повышение потоотделения (гипергидроз);
- покраснение кожных покровов (гиперемия);
- учащение пульса;
- повышение АД;
- мимические проявления (расширение глазных щелей, блеск глаз).

Абстинентное состояние у несовершеннолетних пациентов характеризуется большим удельным весом психического компонента; меньшей дифференцированностью и степенью выраженности проявлений абстинентного синдрома.

Психический статус:

- астенические проявления (залеживание в постели, снижение аппетита);

- эмоциональная неустойчивость, снижение настроения, тревога;
- нарушения сна, кошмарные сновидения;
- нарушения поведения (неусидчивость, суетливость, психомоторное возбуждение).

Соматовегетативный и неврологический статусы:

- чувство сдавления в груди; затрудненное дыхание; неприятные ощущения в области сердца; чувство сжатия головы в височной области;
- потливость, дурнотное состояние, тошнота, рвота, изменение ЧСС, АД потливость;
- тремор;
- мидриаз.

Абстинентное состояние с делирием**Психический статус:**

- нарушения сознания (делирий, делириозно-онейроидный синдром, сумеречные состояния);
- эмоциональная неустойчивость, снижение настроения, тревога;
- внимание легко отвлекаемо; появление сценноподобных зрительных галлюцинаций, нередко фантастического содержания, слуховых обманов;
- речь быстрая, непоследовательная, слегка бессвязная;
- нарушения поведения (неусидчивость, суетливость, психомоторное возбуждение) соответствуют психотическим переживаниям пациента;
- нарушения сна (прерывистый, с устрашающими сновидениями).

Соматовегетативный и неврологический статусы:

- тремор;
- мидриаз;
- тахикардия, потливость, гипертензия, сухость во рту; учащённое дыхание;
- возможен субфебрилитет;
- возможны большие судорожные припадки.

Психотическое расстройство, возникшее во время или непосредственно после употребления наркотика (обычно в течение 48 час.), должно регистрироваться в F 12, если оно не является проявлением состояния отмены с делирием.

Психический статус:

- сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность (делирий, делириозно-онейроидный синдром, сумеречные состояния);
- нарушения познавательной сферы характеризуются разнообразием, подвижностью, калейдоскопичностью и представлены психосенсорными расстройствами, иллюзиями, слуховыми и зрительными галлюцинациями, деперсонализацией, ложными узнаваниями, бре-

дом и/или идеями отношения (часто параноидного или персекуторного характера), мнестическими расстройствами; в некоторых случаях могут наблюдаться элементы разорванности мышления; стереотипная повторяемость одной и той же фразы;

- аффективно-волевая сфера характеризуется аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза, эмоциональной неустойчивостью, тревогой, сниженным настроением, раздражительностью;
- психомоторные расстройства (возбуждение или ступор);
- затрудненное засыпание, беспокойные сны или повышенная сонливость.

Соматовегетативный и неврологический статус: диагностические критерии нарушений соматовегетативных и неврологических статусов не описаны.

12.3 Лабораторные исследования:

- общий анализ крови (неспецифический лейкоцитоз);
- БАК: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб);
- определение каннабиноидов в биологическом материале экспресс методом (для контроля трезвости).

Изменения в общем анализе крови и биохимическом анализе крови могут отсутствовать в связи с непродолжительным сроком употребления ПАВ.

12.4 Инструментальные исследования:

При остром отравлении:

- ЭЭГ – легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с ирритацией коры.

При пагубном употреблении:

- ЭЭГ – уменьшенная амплитуда или отсутствие P300-волн в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале и избыточная бета-активность.

При синдромах зависимости и отмены:

- ЭЭГ – низкая биоэлектрическая активность в α -диапазоне на фоне высокой β -активности; дезорганизация α -ритма, дизритмия β -ритма; неустойчивость α -ритма; преобладание β -волн; межполушарная асимметрия волн с преобладанием α -ритма в правом полушарии и β -активности в левом; усиление θ - и δ -ритмов в правом полушарии; на фоне общей дезорганизованности ритма регистрация комплексов «острая – медленная волна».

Изменения при инструментальных исследованиях могут отсутствовать в связи с непродолжительным сроком употребления ПАВ.

12.5 Показания для консультации узких специалистов:

- консультация нарколога при постановке диагноза;
- консультация психотерапевта;
- консультация педиатра (терапевта) при наличии соматической патологии;
- консультация физиотерапевта при определении показаний для физиолечения;
- консультация инфекциониста при развитии токсического гепатита, при подозрении на наличие вирусных гепатитов В, С или ВИЧ-инфекции;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация психиатра при выявлении специфических жалоб (навязчивые страхи и чрезмерная тревога, депрессии, длительное снижение настроения или апатия; чрезвычайные взлеты и падения настроения; чрезмерные ложь и фантазирование (когда ребенок не может отличить реальный мир от мира своих фантазий и верит, что это происходит на самом деле); неадекватное поведение: чрезмерная агрессивность, ритуальное, навязчивое поведение; мысли или разговоры о самоубийстве; заметное изменение личности; странные или грандиозные идеи; бродяжничество).

12.6 Дифференциальный диагноз:

см. таблицу 1.
Дифференциальная диагностика состояния опьянения при употреблении каннабиноидов проводится с другими видами употребления токсических веществ (таблица 2).

13. Цель лечения: формирование свойств антинаркотической устойчивости у потребляющих ПАВ детей.

Задачи:

Предреабилитационный этап:

- а) избавление от абстинентных или постинтоксикационных проявлений (астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, влечения к ПАВ – по мере необходимости) с использованием фармакологических, психотерапевтических, физиотерапевтических, гомеопатических и других мероприятий;
- б) формирование мотивации на терапевтическое сотрудничество у детей, зависимых или злоупотребляющих ПАВ;
- в) получение согласия родителей (или ЗДЛ) на лечение и реабилитацию их ребенка;
- г) формирование мотивации на длительное терапевтическое сотрудничество у родителей (ЗДЛ, опекунов и т.д.) детей, зависимых или

Клинико-эпидемиологические особенности расстройств, вызванных употреблением растительных и синтетических каннабиноидов
 (Мусабекова Ж.К., Аяганова Д.Е., Прилуцкая М.В. Методы диагностики, лечения расстройств, связанных с употреблением новых психоактивных веществ (синтетические каннабиноиды):
 Методические рекомендации. – Астана, 2015. – 56 с.)

Анамнестические характеристики	Особенности	
	Синтетические каннабиноиды	Растительные каннабиноиды
Средний возраст активных потребителей курительных смесей	Чаще молодой (подростки и молодые люди 16-25 лет)	Возраст активных потребителей (20-50 лет)
Мотивы потребления	Эйфоризирующий; энергизирующий; седатирующий.	Рекреационный; эйфоризирующий; энергизирующий; седатирующий.
Способы приобретения наркотика	Преимущественно легальный (интернет-магазины)	Нелегальный (торговцы наркотиком)
Способ употребления	Курение (нанеся путём распыления вещества, предварительно растворённого в спиртосодержащей жидкости, на различные травы (лекарственные высушенные), либо в чистом виде, помещая кристаллы вещества в сигаретный табак), а также вдыхание испарений через специальные приспособления. Перорально (растворяются в подогретом этиловом спирте, после чего необходимое количество раствора добавляется в рюмку водки (или другого крепкого алкогольного напитка) и выпивается).	Курение (путём изготовления папирос с высушенной травой), а также вдыхание испарений через специальные приспособления. Перорально (внутри в виде отваров, с пищей).
Длительность опьянения	4-6 часов	6-12 часов
Влечение к употреблению	Компульсивное, в частности вторичное ПВН в интоксикации, наличие «наркотических запоев»	Преимущественно обсессивное влечение к наркотику (выраженная психическая зависимость)
Длительность абстинентного синдрома (в среднем)	14 суток	7 суток
Сроки формирования зависимости	Быстрое формирование (1-4 месяцев от начала потребления)	Длительное формирование зависимости (годы)
Наличие наркологического анамнеза	Наличие опыта употребления других наркотиков, в частности употребление амфетамина, героина, синтетических психостимуляторов и т.д.	Чаще отсутствие опыта употребления других наркотических веществ (чаще первичный наркотик)
Сочетание употребления с другими наркотическими веществами	Чаще сочетанное употребление	Чаще изолированное употребление
Информированность о вреде данного типа наркотика	Наркотики позиционируются как ненаркотические, не вызывающие зависимости вещества	Официально входит в список запрещенных наркотических веществ
Сложности диагностического плана	Отсутствие лабораторных методов диагностики. Рецепт «реагентов» меняется, производители стараются вывести «реагенты» из-под действия антинаркотического законодательства.	Наличие лабораторных методов диагностики (определение в крови, моче и т.д.)
Скрининговые тесты	Только на JWH-018 JWH-073	Существуют
Частота развития психозов	Часто, даже при однократном употреблении	Редко, при длительном потреблении

Дифференциальная диагностика состояния опьянения

(Ережепов Н.Б., Кусаинов А.А., Прилуцкая-Сущенко М.В. Вопросы экспертизы опьянений: Методические рекомендации. – Павлодар, 2011. – 35 с.)

Симптомы	Опийное	Гашишное	Психостимуляторы (эфедрин, фенамин, первитин, кофеин)	Снотворные (барбитал, фенадор, ноксирон)	Легкие растворители (бензин, ацетон, клей «Момент»)	Алкогольное опьянение
Поведение	Благодушие, чувство легкого довольствия, расслабленности, вялости, ускорения ассоциаций	Весел, неудержимые приступы смеха могут ментаться необоснованным испугом, чувством страха, стремлением к контакту	Болтливость, суетливость, прилив сил, доброты, благодушие	Фон настроения неустойчив, от благодушия до аффектов, назойлив, раздражителен	Благодушие, беспечность, дурашливость, галлюцинаторные переживания	Возбужден, навязчив
Двигательная сфера	Заторможен	Несоразмерное стремление к движению	Моторное возбуждение, мышечный тремор	Повышенная моторная активность, движения грубые, резкие, размашистые	Заторможен	Расторможен
Походка	Замедленная	Пошатывание	Моторное возбуждение	Шаткая	Шаткая с нарушением координации	Шаткая
Точные движения	Выполняет	Нарушены	Выполняет не точно	Нарушены	Нарушены, тремор пальцев рук, дрожание век	Нарушены
Речь	Быстрая, внятная	Болтливость, «речевой напор»	Быстрая, непоследовательная	Невнятная, дизартричная	Дизартрия	Дизартрия
Мимика	Выразительная	Оживленная	Мимическое сопровожение высказываний утрировано до гримас	Бессмысленная, губы отвисают, глаза полузакрыты	Оживленная	Оживленная
Кожные покровы	Бледность, сухость, зуд кончика носа	Гиперемия лица, инъектирование склер	Лицо бледное, слизистые сухие, облизывание губы	Гиперемия кожи верхней половины туловища, гипертрофоз, сальность кожи	Гиперемия, мраморность конечностей, огечность лица; вокруг губ, в уголках – красная кайма, инъектирование склер	Кожные покровы гиперемированы, склеры инъектированы
Зрачки	Сужены в виде «булавочной головки», реакция на свет отсутствует	Расширены, блеск глаз	Расширены, блеск глаз, реакция на свет ослаблена	Расширены, блеск глаз, реакция на свет ослаблена, инъектирование склер	Соразмерный блеск глаз	Расширены
Нистагм	Отсутствует	Отмечается, иногда с анизокорией	Спонтанный	–	–	Горизонтальный
АД, ЧСС	Гипертензия, брадикардия	Гипертензия, тахикардия	Тахикардия	Гипотензия, брадикардия	Гипотензия	Гипертензия, тахикардия
Язык	Коричневый налет	обложен грязно-коричневым налетом	Яркий, блестящий	Обложен грязным налетом	Обложен толстым серо-желтым налетом	Сероватый налет
Запах изо рта или от одежды	Нет	Сладковато-приторный	Нет	Нет	Резкий, химического характера, длится до 1-2 дней	Алкоголя
Следы инъекций	Имеются	Нет	Имеются	Возможны	Нет	–
Клинические проявления во времени	До 8-10 ч.	До 6 ч.	До 8 ч.	От 2-4 ч.	3 ч.	3-6 ч.
Взятие исследуемого материала	Кровь – 10 мл., моча – 150 мл.	Смывы с пальцев рук, ладоней, околоногтевых лож, с ротовой полости	Кровь – 10 мл.	Кровь – 10 мл., моча – 150 мл.	–	Кровь, моча, рвотные массы

злоупотребляющих ПАВ, и в ходе мотивационного консультирования.

Первый этап:

- а) стабилизация психического (поведенческих, аффективных проявлений) и физического (по мере необходимости – лечение коморбидной патологии) состояний с использованием фармакологических, психотерапевтических, физиотерапевтических, гомеопатических и других мероприятий;
- б) мотивационная работа, направленная на активное длительное терапевтическое сотрудничество детей, зависимых или злоупотребляющих ПАВ, и их родителей (опекунов и т.д.) в ходе мотивационного консультирования.

Второй этап:

- а) формирование свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья, максимально возможных на разных возрастных этапах развития пациентов в процессе мультимодальной психотерапии, в индивидуальном или групповом режиме, социально-психологических тренингов;
- б) нормализация семейных отношений в процессе:
 - информационных семинаров, направленных на расширение знаний о медицинских и социально-психологических последствиях зависимостей;
 - родительских тренингов, направленных на изменение внутрисемейных отношений, взаимодействий, установок и стиля общения;
- в) проведение социально-педагогических (коррекционное воспитание и обучение с учётом личностных особенностей и социально-педагогической запущенности) мероприятий.

Третий этап:

- а) стабилизация сформированных свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья, максимально возможных на разных возрастных этапах развития пациентов;
- б) нормализация семейных отношений в процессе:
 - психотерапевтической работы (семейной, групповой психотерапии) со значимыми другими лицами;
 - родительских тренингов, направленных на изменение внутрисемейных отношений, взаимодействий, установок и стиля общения;
- в) школьная реадaptация в процессе:
 - общего образования пациентов;
 - информационных семинаров для школьных педагогов и воспитателей, направленных на расширение знаний у педагогов о медицинских и социально-психологических последствиях зависимостей, необходимости создания атмосферы, благоприятной для дальнейшего конструктивного развития детей и подростков;

- тренингов, обучающих навыкам оказания психологической поддержки детям, которые зависят от ПАВ и злоупотребляют ими, с целью профилактики «срывов» и контроля их состояния;
- г) социальная реинтеграция в процессе:
 - продолжения развивающих практик;
 - спортивно-оздоровительных мероприятий;
 - культурно-развлекательных мероприятий;
 - юридической и правовой поддержки несовершеннолетних (по необходимости);
- д) профилактика срывов и рецидивов заболевания в процессе психотерапевтической работы и психологической поддержки.

14. Тактика лечения:

Лечение несовершеннолетних пациентов с ППР, вызванными употреблением каннабиноидов, проводится в программе медико-социальной реабилитации в 3 этапа.

Первый этап МСР (стационарный этап медикаментозной коррекции):

- купирование синдрома отмены;
- коррекция сна и настроения;
- коррекция соматовегетативных расстройств;
- мотивационная работа с детьми, их родителями (опекунами).

Второй этап МСР (этап психотерапевтической реабилитации):

При синдроме зависимости и раннем, и позднем постабстинентном периоде проводятся:

- купирование синдрома ППВ;
- психотерапевтическая реабилитация;
- противорецидивная терапия (начальная фаза);
- повышение мотивации на трезвость [8, 9];
- актуализация и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания, стрессу;
- нормализация семейных отношений.

Третий этап МСР (амбулаторный этап социальной реабилитации):

При синдроме зависимости в позднем постабстинентном периоде проводятся:

- противорецидивная терапия;
- социальная реабилитация;
- нормализация семейных отношений;
- школьная реадaptация;
- социальная реинтеграция.

14.1 Немедикаментозное лечение:

Режим – I, II (строгий, лечебно-охранительный, препятствующий употреблению препаратов каннабиса в условиях лечения).

Диета – стол № 15.

*Психотерапия при ППП, вызванных употреблением каннабиноидов,
у несовершеннолетних (7-18 лет)*

Модальность психотерапии	Степень убедительности доказательств	Показание к применению
Психологическое консультирование (индивидуальное и групповое)	УД - В	Мишени №№ 1-6
Семейное психологическое консультирование	УД - В	Мишени №№ 3-5
Мотивационное интервью	УД - А	Мишень № 6
Сказкотерапия	УД - В	Мишени №№ 3-5
Арт-терапия	УД - В	Мишени №№ 1-5
Когнитивно-поведенческая психотерапия	УД - А	Мишени №№ 2-6
Клиент-центрированная психотерапия по К. Роджерсу	УД - В	Мишень № 4
Гипносуггестивная психотерапия	УД - С	Мишень № 2
Психодрама	УД - С	Мишени №№ 3-5
Психодинамическая психотерапия	УД - В	Мишени № 3, № 4
Транзактный анализ	УД - В	Мишени № 3-5
Семейная психотерапия	УД - В	Мишень № 5
Интегративно-развивающая терапия	УД - В	Мишени №№ 2-6

Психотерапия направлена:

- на обеспечение воздержания от употребления опиоидов и других ПАВ;
- на восстановление или формирование нормативного личностного и социального статуса пациента, его полноценной реинтеграции в общество (см. Приложение 1).

Психолого-психотерапевтическое лечение (амбулаторный уровень):

- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);
- семейное психологическое консультирование;
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая);
- психотерапия (индивидуальная и групповая);
- трудотерапия;
- арт-терапия;
- сказкотерапия;
- социально-реабилитационная работа.

Психотерапевтическое лечение (стационарный уровень):

Этап реабилитации:

- информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП) (УД-А);
- программы снижения вреда (УД-А);
- мотивационное консультирование (УД-А);
- мотивационная психотерапия (по В. Миллеру, С. Рольнику) [15, 16] (УД-А);
- программа социально-психологических тренингов, направленных на развитие навыков коммуникативности, ассертивности и эффективного копинг-поведения, стрессоустойчивости, развитие навыков отказа от ПАВ, а также на формирование адекватной самооцен-

ки и связанного с ней уровня притязаний, формирование навыков выбора и ответственности; коррекцию либо формирование системы ценностей; на развитие нормативных субличностей (Я – телесное, Я – ребёнок, Я – взрослый, Я – родитель, Я – партнёр, Я – профессионал) (УД-В);

- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое) [10, 11, 12] (УД-В);
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая) (УД-А);
- психотерапия (индивидуальная и групповая) (когнитивно-поведенческая [15, 16] (УД-А), гештальт-терапия, НЛП, психодрама, психическая саморегуляция, телесно-ориентированная психотерапия, транзактный анализ, логотерапия и экзистенциальная психотерапия, духовно-ориентированная психотерапия) (УД-GPP);
- противорецидивная терапия (УД-А);
- трудотерапия (УД-С);
- семейное психологическое консультирование (УД-С);
- сказкотерапия (УД-С);
- арт-терапия (УД-С);
- социально-реабилитационная работа (УД-С);
- аутогенная тренировка (УД-GPP);
- БОС-терапия (УД-GPP);
- танцедвигательная терапия (УД-С);
- трансперсональная терапия (холотропное дыхание) (УД-С).

14.2 Медикаментозное лечение (может быть изменено по усмотрению лечащего врача):

На этапе скорой медицинской помощи:

Купирование психомоторного возбуждения [14]:

- 0,5% раствор диазепама 2-4 мл или 0,1% раствор феназепама 1-4 мл внутримышечно, внутривенно. Максимальные суточные дозы – 14-16 мг в сутки в течение 3-4 дней (УД-В);
- инфузионная терапия: 5% раствор декстрозы внутривенно капельно медленно, 0,9% раствор хлорида натрия из расчета до 10 мл/кг/сутки в сочетании с 5% аскорбиновой кислотой – до 5 мл/сутки; 1% раствор пиридоксина гидрохлорид – до 4-6 мл/сутки; 5% раствор тиамин бромид – до 4-6 мл/сутки;
- диуретики: фуросемид 40 мг 1-2 мг/кг веса 1 раз per os (противопоказан детям до 6 лет), спиронолактон 25 мг из расчета 3 мг/кг веса в сутки (1-2 раза в день).

Симптоматическое лечение: ноотропные препараты, витаминотерапия, гепатопротекторы, спазмолитическая терапия.

Лечение на стационарном уровне:

С нормотимической и вегетостабилизирующей целью – карбамазепин, начальная доза – 100 мг в сутки с увеличением: до 10 лет – до 200-400 мг, от 10 до 15 лет – 200-600 мг в сутки; тioriдазин – 8-14 лет – 20-30 мг/сутки, 15-18 лет – 30-50 мг/сутки; с целью редукции неврастенического синдрома – пираретам 800-1200 мг в течение 20 дней; с целью редукции психомоторного возбуждения – хлорпромазин 25-75 мг на 3-4 приема в течение 7-15 дней (противопоказано одновременное применение с карбамазепином); с целью купирования тревоги, агитации и депрессии – амитриптилин – с 12 до 15 лет – 50-62,5 мг в сутки, с 15 до 18 лет – до 100 мг в сутки, флувоксамин (противопоказано одновременное применение с карбамазепином), начальная доза – 25 мг/сутки на прием, поддерживающая – 50-200 мг/сутки, суточная – не более 200 мг; с целью редукции психомоторного возбуждения и гипноседации – хлорпромазин 25-75 мг на 3-4 приема в течение 7-15 дней [31].

При абстинентном состоянии:

Детоксикационная терапия:

- карбамазепин, начальная доза – 100 мг/сутки в 2-3 приема, в течение двух дней дозу препарата постепенно увеличивают с акцентом на вечернее время в следующих возрастных дозировках – до 10 лет – 0,2-0,6 г в сутки; от 10 до 15 лет – 0,4-0,8 г в сутки. При необходимости доза препарата может быть увеличена. Необходим лабораторный контроль картины крови. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой вначале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы. В случае необходимости продолжить терапию, вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения [42, 43] (УД-В).
- трамадол: 250-500 мг в сутки в течение 1-2 дней [8, 20, 34] (УД-А).

- диазепам: максимальные суточные дозы 14-16 мг в сутки в течение 3-4 дней [32] (УД-В).

Терапия нейролептиками: с целью купирования возбуждения, подавления ПВ, коррекции поведения препаратом выбора является: хлорпромазин (аминазин) – до 75 мг в сутки [18] (УД-В).

Терапия антидепрессантами: с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента ПВ к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: амитриптилин (детям до 16 лет не рекомендуется) – с 16 до 100 мг в сутки; флувоксамин, начальная доза – 25 мг/сутки на прием, поддерживающая – 50-200 мг/сутки, суточная – не более 200 мг [17, 28] (УД-В).

Терапия диссомнических расстройств [13, 32] (УД-В):

- возможно использование препаратов, седативный эффект которых является сопутствующим в разовой дозировке на ночь в течение 2-4 дней: димедрол 0,05 по ½-1 таблетке, супрастин 0,025 по 1 таблетке;
- анксиолитики и снотворные лекарственные средства. Использование транквилизаторов в детско-подростковой практике рекомендуется с большой осторожностью в связи с частым развитием привыкания к ним. Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней. Диазепам, зопиклон. Начинают с ½ разовой дозы в зависимости от возраста 0,001-0,0025 г (1-2,5 мг), постепенно её увеличивая. Максимальные суточные дозы: от 7 лет и старше – 0,008-0,01 г (8-10 мг). Суточная доза в 2-3 приема; продолжительность курса лечения – 2-3 дня.
- в случае отсутствия эффекта в течение 5 дней целесообразно отменить снотворные и перейти на приём нейролептиков левомепромазин (тизерцин) в разовой дозе для детей до 8 лет – 10-15 мг, с 9 лет и старше – индивидуально до 50 мг на ночь. Продолжительность лечения – 3-5 дней.
- антидепрессанты: флувоксамин (феварин) детям с 8 лет и подросткам в разовой дозе 25 мг – 50 мг на ночь.

При синдроме зависимости:

Фармакологическая противорецидивная терапия: карбамазепин – 100-200 мг/сутки [8, 20, 34] (УД-В).

Терапия нейролептиками: с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к наркотику, коррекции поведения препаратами выбора являются: хлорпромазин (аминазин) – до 75 мг в сутки [18] (УД-В).

Терапия антиконвульсантами: для купирования патологического влечения, в структуре которого доминируют дисфорические расстройства, рекомен-

дуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмоциотропными свойствами: карбамазепин – в дозе 100–400 мг в сутки [20, 34] (УД-В).

Терапия антидепрессантами: с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: amitриптилин – с 12 до 15 лет – 50–62,5 мг в сутки, с 15 до 18 лет – до 100 мг в сутки, флувоксамин, начальная доза – 25 мг/сутки на прием, поддерживающая – 50–200 мг/сутки, суточная – не более 200 мг [20] (УД-В).

Терапия интеллектуально-мнестических расстройств:

- 20% раствор пирацетама (ноотропил, луцетам) 5–10 мл в/в капельно в течение 5–10 дней в дальнейшем с переходом на пероральный приём в суточной дозе 0,8–1,2 г в 2–3 приёма (утром и днем) [1, 34] (УД-С);
- Гинкго Билоба (танакан) по 1 капсуле 2 раза в день продолжительностью до 1 месяца;
- винпоцетин (кавинтон) 8–10 мг/кг в сутки в 5% растворе глюкозы с переходом через 10 дней на пероральный приём по 0,5–1 мг/кг в сутки;
- витамины назначают в соответствующих возрастных дозировках (см. п.п. 16.1, 16.2) курсом от 10 до 30 дней. Возможен как пероральный приём, так и парентеральное введение: аскорбиновая кислота (витамин С), пиридоксин (В₆), тиамин (В₁), токоферола ацетат (Е), тиоктовая кислота (альфа-липовая кислота).

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных лекарственных средств с указанием формы выпуска (имеющих 100% вероятность применения): не проводится.

Перечень дополнительных лекарственных средств с указанием формы выпуска (менее 100% вероятности применения):

- карбамазепин: таблетка 200 мг (УД-В);
- тиоридазин: драже 10 мг, 25 мг, 100 мг (УД-В);
- хлорпромазин: раствор для инъекций 2,5%, 25 мг/мл; драже 25 мг, 50 мг, 100 мг;
- пирацетам: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, 400 мг, 800 мг, 1200 мг; раствор для инъекций 20%; капсулы 400 мг;
- amitриптилин: таблетка 25 мг (УД-В);
- флувоксамин: таблетки 50 и 100 мг (УД-В).

14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Перечень основных лекарственных средств с указанием формы выпуска (имеющих 100% вероятность применения):

- карбамазепин: таблетка 200 мг (УД-В);

- спиринолактон: таблетка 25 мг; капсула 50 мг, 100 мг;
- фуросемид: раствор для инъекций 20 мг / 2 мл, 1%; таблетки 40 мг;
- diaзепам: раствор для инъекций 10 мг / 2 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 5 мг;
- тиоридазин: драже 10 мг, 25 мг, 100 мг (УД-В);
- хлорпромазин: раствор для инъекций 2,5%, 25 мг/мл; драже 25 мг, 50 мг, 100 мг;
- клозапин: таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг;
- пирацетам: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, 400 мг, 800 мг, 1200 мг; раствор для инъекций 20%; капсулы 400 мг;
- amitриптилин: таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг; драже 10 мг, 25 мг, раствор для инъекций 10 мг/мл, 20 мг / 2 мл;
- флувоксамин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 100 мг;
- натрия хлорид: раствор для инфузий (УД-В);
- витамины;
- сосудистые;
- ноотропы;
- гепатопротекторы (более дешевые, с доказанной эффективностью).

Перечень дополнительных медикаментов с указанием формы выпуска (менее 100% применения):

- карбамазепин: таблетка 200 мг (УД-В);
- тиоридазин: драже 10 мг, 25 мг, 100 мг (УД-В);
- хлорпромазин: раствор для инъекций 2,5%, 25 мг/мл; драже 25 мг, 50 мг, 100 мг;
- пирацетам: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, 400 мг, 800 мг, 1200 мг; раствор для инъекций 20%; капсулы 400 мг;
- amitриптилин: таблетка 25 мг (УД-В);
- флувоксамин: таблетки 50 и 100 мг (УД-В);
- аскорбиновая кислота: таблетки 50 мг; таблетки шипучие 250 мг, 500 мг, 1000 мг; драже 50 мг; раствор для инъекций 5%; капли для приема внутрь 100 мг/мл;
- пиридоксин: раствор для инъекции 5%; таблетки 2 мг;
- тиамин: раствор для инъекций 5% (УД-ГРР);
- гепатопротекторы (более дорогие, с относительной доказанной эффективностью).

14.3 Другие виды лечения:

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

Физиолечение:

- рефлекторное воздействие на ЦНС (дарсонвализация, гальванизация);
- патогенетическое лечение (электросон).

Программы психолого-социальной поддержки.

14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

Физиолечение:

- рефлекторное воздействие на ЦНС (дарсонвализация, гальванизация);
- патогенетическое лечение (электросон).

Программы психолого-социальной поддержки.

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой медицинской помощи: не проводятся.

14.4 Хирургическое вмешательство: не проводится.

14.4.1. Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях:

14.4.2. Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

14.5 Профилактические мероприятия:

- формирование мотивации на здоровый образ жизни;
- развитие защитных факторов здорового и социально эффективного поведения;
- повышение уровня устойчивости к стрессовым факторам;
- развитие и закрепление свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья.

14.6 Дальнейшее ведение:

На амбулаторном уровне наблюдение пациента осуществляется:

- на профилактическом учёте – ежемесячное наблюдение в течение года, но не менее 5 раз в год;
- на диспансерном учёте – в течение пяти лет, согласно группам динамического наблюдения.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- отсутствие проявлений физической и психической зависимостей;
- редукция патологического влечения к каннабиоидам;
- редукция соматических осложнений;

20. Список использованной литературы:

- 1) Potter D.J., Clark P., Brown M.B. Potency of delta 9-THC and other cannabinoids in cannabis in England in 2005: implications for psychoactivity and pharmacology. – 2005.
- 2) Каклюгин Н.В. Современные виды наркотических средств и психотропных препаратов и психосоциальные последствия их потребления // Психическое здоровье. – РАМН, 2014. – № 2. – С. 73-99.
- 3) Софронов Г.А., Головкин А.И., Баринов В.А., Башарин В.А., Бонитенко Е.Ю., Иванов М.Б. Наркология. – Москва, 2012. – Т. 1. – С. 97-110.
- 4) Дворская О.Н., Катаев С.С., Мелентьев А.Б., Курдина Л.Н. Маркеры новых каннабимиметиков в моче // Ж. Наркология. – 2014. – № 3. – С. 55-65.
- 5) Международная классификация болезней. – 1994.
- 6) Kosior D.A., Filipiak K.J., Stolarz P., Opolski G. Paroxysmal atrial fibrillation following marijuana intoxication: a two-case report of possible association // Int J Cardiol. – 2001. – Т. 78. – С. 183-184.

- наличие мотивации к воздержанию от каннабиноидов и на дальнейшее прохождение медико-социальной реабилитации.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков протокола:

- 1) Мусабекова Жаннат Камильхановна – кандидат медицинских наук, заместитель директора Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 2) Гафарова Нурия Вильдановна – руководитель организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 3) Кисина Маржан Шамшиденовна – врач-методист организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 4) Кусаинов Алмас Абибасович – кандидат медицинских наук.
- 5) Смагулова Гульнара Серикхановна – заместитель главного врача Павлодарского областного наркологического диспансера.
- 6) Бектаева Гаухар Темиржановна – заместитель главного врача Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана.
- 7) Гурцкая Гульнара Марсовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей фармакологии АО «Медицинский университет Астана», клинический фармаколог.

17. Конфликт интересов: нет.

18. Рецензент: Каражанова Анар Серикказыевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский Университет Астана».

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола – через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики / лечения с более высоким уровнем доказательности.

-
-
- 7) Cohen J., Morrison S., Greenberg J., Saidinejad M. Clinical presentation of intoxication due to synthetic cannabinoids. *Pediatrics*. – 2012. – Т. 129. – С. 1064-1067.
 - 8) Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994.
 - 9) Henquet C., Krabbendam L., Spauwen J. et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people // *BMJ*. – 2005. – Т. 330 (7481): 11.
 - 10) Ryan Vandrey, Matthew W. Johnson, Patrick S. Johnson, Miral A. Khalil. Novel Drugs of Abuse: A Snapshot of an Evolving Marketplace // *Adolescent Psychiatry (Hilversum)*. – 2013. – Т. 3 (2). – С. 123-134.
 - 11) Савчук С.А., Григорьев А.М. и др. Обнаружения метаболитов синтетических каннабимиметиков в моче волосах и сыворотке крови методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием // *Наркология*. – 2014. – № 1.
 - 12) Катков А.Л., Алтынбеков С.А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2002. – Т. II, № 1. – С. 30-33.
 - 13) Stephens R.S., Roffman R.A., Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Т. 68(5). – С. 898-908.
 - 14) Скотт Даулинг. Психология и лечение зависимого поведения. – 2000. – С. 17, 18, 19, 25, 28, 29, 35, 51, 56, 90, 103, 105, 109, 111, 152, 154, 164, 175, 179, 205.
 - 15) Clementine Maddock, Michelle Babbs. Вмешательства при злоупотреблении каннабисом. – *Advances In Psychiatric Treatment*, 2006. – Т. 12. – С. 432-439.
 - 16) Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999.
 - 17) Steinberg K.L., Roffman R.A., Carroll K.M., McRee B., Babor T.F., Miller M. et al. Brief counseling for marijuana dependence: A manual for treating adults. – Rockville: Center for Substance Abuse, 2005.
 - 18) Steinberg et al. Brief Counseling for Marijuana Dependence. – 2005. – samhsa.gov/products/brochures/pdfs/bmdc.pdf.
 - 19) Adger H. Cannabis-Marijuana: Addiction, Treatment and Recovery. – CARON, 2006.
 - 20) Руководство по наркологии // Под редакцией Н.Н. Иванца. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2008. – 945 с.
 - 21) Брусин К.М., Забродин О.В., Уразаев Т.Х. и др. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия: Информационное письмо для врачей. – Екатеринбург, 2011.
 - 22) Hoyte C.O., Jacob J., Monte A.A. A characterization of synthetic cannabinoid exposures reported to the National poison Data System in 2010 // *Ann Emerg Med*. – 2012. – Т. 60(4). – С. 435-438.
 - 23) Heath T.S., Burroughs Z., Thompson A.J., Tecklenburg F.W. Acute intoxication caused by a synthetic cannabinoid in two adolescents // *J Pediatr Pharmacol Ther*. – 2012. – Т. 17(2). – С. 177-81.
 - 24) de Havenon A., Chin B., Thomas K.C., Afra P. The secret «spice»: an undetectable toxic cause of seizure // *Neurohospitalist*. – 2011. – Т. 1(4). – С. 182-6.
 - 25) Nelson M.E., Bryant S.M., Aks S.E. Emerging drugs of abuse // *Emerg Med Clin North Am*. – 2014. – Т. 32: 1-28.
 - 26) Gee P. Synthetic cannabis addiction and withdrawal treatment guide. – HCH Hospital ED & CADS with PHO consultation, 2012.
 - 27) Hermanns-Clausen M., Kneisel S., Szabo B., Auwdrter V. Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings // *Addiction*. – 2013. – Т. 108(3). – С. 534-44.
 - 28) Fisher B.A., Ghuran A., Vadamalai V., Antonios T.F. Cardiovascular complications induced by cannabis smoking: a case report and review of the literature // *Emerg Med J*. – 2005. – Т. 22. – С. 679-680.
 - 29) Rubio F., Quintero S., Hernandez A., Fernandez S., Cozar L., Lobato I.M., Pantoja S. Flumazenil for coma reversal in children after cannabis // *Lancet*. – 1993. – Т. 341. – С. 1028-1029.
 - 30) Huestis M.A., Gorelick D.A., Heishman S.J., Preston K.L., Nelson R.A., Moolchan E.T., Frank R.A. Blockade of effects of smoked marijuana by the CB1-selective cannabinoid receptor antagonist SR14171 // *Arch Gen Psychiatry*. – 2001. – Т. 58. – С. 322-328.
 - 31) Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению пагубного потребления психоактивных веществ // сайт Российского общества психиатров. – Режим доступа: psichiatri.ru. – Дата доступа: июнь 2014.
 - 32) Curren M., Lidmila J. Zopiclone: Is there cause for concern in addiction services and general practice? // *Int J Risk Saf Med*. 2014; 26(4): 183-9.
 - 33) Руководство по психиатрии // Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 414-415.
 - 34) Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., Плетнев В.А. Пирацетам при терапии агрипнических расстройств и патологического влечения к алкоголю и наркотикам: Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ. – Павлодар: ЭКО, 2008. – Т. 3: Профилактика и лечение зависимости от ПАВ. – С. 458-469.
 - 35) Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности с зависимостью от психоактивных веществ // *Вопросы наркологии*. – 2002. – № 9. – С. 21-26.
-
-

Узловые звенья реабилитационной программы

Создание реабилитационной среды обеспечивается совокупностью организационных и функциональных факторов (медицинских, психолого-психотерапевтических, образовательных, воспитательных, микросредовых, семейных). Программа реабилитации направлена на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, формирование или развитие его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности адаптации к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ [35].

Лечебно-реабилитационный процесс основывается на принципах, реализуемых во взаимодействии следующих компонентов: больные (больной) – персонал реабилитационного учреждения (реабилитационная бригада) – реабилитационная среда (терапевтическое сообщество) с условным выделением основных периодов (этапов) и соответствующих клинико-психологических мишеней – узлов формирования наркотической зависимости:

Мишень № 1 – патологический соматический статус лиц, зависимых от опиоидов, – соматический уровень синдрома зависимости от опиоидов; признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии. Редукция соматического дискомфорта повышает мотивацию пациента на дальнейшее участие в реабилитационной программе и способствует повышению возможностей психотерапевтического процесса.

Мишень № 2 – патологическое влечение к психоактивному веществу (ПАВ к опиоидам) во всех проявлениях данного феномена.

Мишень № 3 – патологический личностный статус больных (дефицит личностных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости; характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости).

Мишень № 4 – нормативный личностный статус больных.

Мишень № 5 – дефицитарный социальный статус больных (коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме).

Мишень № 6 – уровень мотивации больных на полноценное прохождение реабилитационной программы, соответственно, на достижение стойкой ремиссии и повышение качества жизни.

РЕЗЮМЕ

КАЧЕСТВО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)» описывается общая методология, и приводятся основные результаты комплексного исследования в сфере определения качественных характеристик индивидуального и социально-психического здоровья. В частности, обращается внимание на высокую степень взаимозависимости идентифицированных качественных характеристик с наиболее актуальными социальными контекстами – такими как риски вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии; необходимость повышения индивидуальной и социальной эффективности в кризисных ситуациях и пр. Подробно описываются психологические свойства, высокий уровень развития которых обеспечивает соответствующие уровни качества психического здоровья и устойчивости к агрессивному влиянию среды. Рассматриваются наиболее существенные характеристики предметной сферы категории качества психического здоровья, дифференцируемой по основным матричным уровням – установочному, идентификационному, структурно-содержательному, технологическому, инструментально-методологическому, системному. Приводится описание метамоделей социальной психотерапии, представляющей институциональный уровень базисной научно-исследовательской программы. Рассматриваются вопросы нормативно-правового обеспечения профильной профессиональной деятельности.

Ключевые слова: психическое здоровье, качественные характеристики, методология, научная программа.

SUMMARY

THE QUALITY OF MENTAL HEALTH (identification of systemic characteristics based on the results of a comprehensive study)

A.L. Katkov

In article by A.L. Katkov «The quality of mental health (identification of systemic characteristics based on the results of a comprehensive study)» describes the methodology and presents the main results of the research. In particular, it draws attention to high correlation between the quality characteristics and the relevant social contexts, such as, risk of engagement in the destructive social epidemics; the need to improve the individual and social efficiency in crisis situations, and etc. Article describes in details the psychological characteristics that, when they are highly developed, can ensure the proper levels of mental health quality and proper resistance to hostile environmental impact. We consider the most essential characteristics of the category “quality of mental health” that differentiable in accordance with the main matrix’s levels – the attitudinal, identity, substantive and structural, technological, methodological and systemic. We present the description of a meta model of social psychotherapy as the institutional level of the basic research programme. The legal issues of the principal professional activity is considered.

Keywords: mental health, quality characteristics, methodology, research.