

---

---

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XXI**

**№ 3**

**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**

*Катков А.Л.*

Качество психического здоровья

(системные характеристики феномена

по результатам комплексного исследования)

(продолжение)..... 5-48

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

### НАРКОЛОГИЯ

*Мусабекова Ж.К., Гафарова Н.В., Кисина М.Ш.,*

*Кусаинов А.А., Смагулова Г.С., Бектаева Г.Т.*

Проект клинического протокола диагностики

и лечения «Психические и поведенческие расстройства,

вызванные употреблением каннабиноидов»..... 49-59

Том XXI  
№ 3  
2015 год

выходит  
4 раза в год

---

---

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY

## I ECOLOGII

**FOUNDERS:**

**TABLE OF CONTENTS**

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

### PSYCHIATRY

*Katkov A.L.*

The quality of mental health

(system characteristics of the phenomenon  
on the results of a comprehensive study)

(continie)..... 5-48

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

### NARCOLOGY

*Musabekova Zh.K., Gafarova N.V., Kisina M.Sh.,*

*Kusainov A.A., Smagulova G.S., Bektaeva G.T.*

The draft of the clinical protocol of diagnostics  
and treatment «The mental and behavioural disorders

caused by the use of cannabinoids»..... 49-59

**Volume XXI  
№ 3  
2015**

**Published 4 times  
in a year**

---

---

---

---

## ПСИХИАТРИЯ

### КАЧЕСТВО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

(системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)  
(продолжение)

А.Л. Катков

г. Санкт-Петербург (Россия)

#### 3.2. Системные характеристики феномена качества психического здоровья

##### 3.2.1. Вводные сведения

Настоящий раздел завершает анализ наиболее существенных идентификационных характеристик феномена качества психического здоровья и поэтому опережает описание прикладных – технологических, инструментально-методологических и институциональных – аспектов исследуемой категории здоровья. Такая структура расположения материала представляется оправданной, поскольку специфика этих последних аспектов во многом выводятся из системного понимания феномена качества психического здоровья.

В настоящем разделе рассматриваются собственно системные характеристики феномена качества психического здоровья, которые проясняют ответы на проблемные вопросы, сформулированные в итоговом заключении по анализу уровня предшествующих достижений (что, собственно, и является характеристикой имеющегося системного дефицита в изучаемой сфере).

Разработка итоговых системных характеристик феномена качества индивидуального и социального психического здоровья проводилась на заключительной фазе реализации комплексного проекта (аналитический исследовательский фрагмент). При этом в той или иной степени использовались аналитические результаты всех предшествующих фрагментов и, в полной мере – результаты, полученные по второму и третьему фрагментам комплексного исследовательского проекта, ориентированным на исследование соотношения качественных характеристик категории психического здоровья с традиционными индикативными характеристиками, демонстрирующими факт наличия – отсутствия психических расстройств и агрегированных в соответствующие уровни психического здоровья.

Матричный принцип выведения системных характеристик рассматриваемого феномена, в нашем случае, предусматривал дифференциацию следующих уровней общего функционального каркаса категории качества психического здоровья и описание их системного взаимодействия: 1) установочного уровня, на котором определяются базисные контексты и методологические принципы, на основании

которых выстраивается исследовательская программа; 2) идентификационного уровня, на котором разрабатываются соответствующие методологические подходы и определяются инструменты реализации исследовательской программы; 3) структурно-содержательного уровня, раскрывающего функциональную иерархию содержательных характеристик феномена качества психического здоровья; 4) технологического уровня, проясняющего основные (универсальные и специфические) механизмы форсированного развития высоких уровней индивидуального и социального психического здоровья; 5) инструментально-методологического уровня, показывающего возможность разработки системы адекватных промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих уровни развития индивидуального и социального психического здоровья, фиксации значений данных индикаторов в исследовательской и рутинной практике; и, соответственно, возможность разработки базисной исследовательской программы в рассматриваемой сфере; 6) институционального уровня, адресующегося к организационным моделям, обеспечивающим форсированное развитие искомым уровням качества индивидуального и социального психического здоровья в требуемых масштабах; и, следовательно, решающего по существу важнейшие социальные задачи, содержание которых и определяло исходный базисный контекст исследовательской программы; 7) собственно системного уровня, который в нашей текстовой рубрикации занимает особое место по уже приведённым аргументам – представленного двумя рядами взаимозависимых признаков: настоящим – функциональным, со всеми перечисленными уровнями (в данном ряду первые три уровня представляют, в основном, идентификационные характеристики, а следующие три – организационно-прагматические характеристики рассматриваемого феномена); и внешним, метафункциональным.

Вышеобозначенные уровни – от первого до седьмого – выводятся на основании понятного функционального принципа и соотносятся по типу взаимозависимости, взаимодополнения, взаимопотенцирования. То есть, каждый из этих уровней, представляющий определённый функциональный аспект феномена качества психического здоровья, не может быть осмыслен только в своих собственных границах и в

---

---

полном объёме репрезентируется лишь в совокупности со всеми остальными идентифицированными аспектами исследуемой категории здоровья.

Действенность данного принципа продемонстрирована при выведении идентификационных, структурно-содержательных характеристик качества психического здоровья, а так же – при анализе организационно-прагматических характеристик рассматриваемого феномена, представляющих важные институциональные следствия нового доктринального подхода к определению качества психического здоровья (см. следующие разделы).

В настоящем разделе, таким образом, основной акцент делается на описание мета-функциональных взаимосвязей феномена качества психического здоровья с другими важнейшими категориями, имеющими прямое отношение к рассматриваемому вопросу: понятиями психологического, психического, интегрального здоровья; адаптации; качества жизни.

3.2.2. По результатам проведённого комплексного исследования, наиболее тесный и, в то же время, сложный тип взаимозависимости прослеживается между идентифицируемым феноменом качества психического здоровья и таким – используемым до настоящего времени, несмотря на все критические замечания, – понятием, как «психологическое здоровье».

В частности, можно обратить внимание на полное тождество этих понятий, если иметь в виду предметную сферу (специфический сектор более общей и сложной категории психического здоровья), к которой они обращены.

Между тем, всё обстоит не так просто, если принимать во внимание специфическое, весьма разнообразное и несводимое – по общему мнению – содержание многочисленных концептов психологического здоровья известных психологических традиций, психотерапевтических моделей и школ. Одно только перечисление таких концептов с их краткой содержательной характеристикой убеждает в том, что оснований для подобного пессимизма более чем достаточно.

Так, например, согласно Д. Шапиро-мл. (2003) наиболее важными из таких концептуальных построений являются психодинамическая, когнитивно-бихевиоральная, экзистенциально-гуманистическая модели психологического здоровья. Соответственно данным традициям различаются и подходы в развитие индивидуального и социального психологического здоровья.

В частности, о состоятельности психодинамического направления в интерпретации основных компонентов категории психологического здоровья свидетельствуют работы, подтверждающие важность неосознаваемых механизмов интегративной психической деятельности, обеспечивающих качество психических процессов (Ф.А. Науек, 1978). Также находят подтверждение данные о повышенном значении

эмоциональных реакций на не осознаваемые стимулы (О.Е. Goncalves, А.Е. Ivey, 1987). Известный психотерапевт J.D. Frank (1974) по материалам своих исследований делает вывод о важности динамики бессознательных установок в отношении общей интенции и направленности психических процессов у индивида для формирования удовлетворительного терапевтического результата (т.е. приемлемого уровня психологического здоровья). Ряд исследований, проведённых, в том числе и в последние десятилетия, подтверждает жизнеспособность и эффективность многих идей Зигмунда Фрейда относительно колоссального значения не осознаваемых инстанций психического в общей динамике психологического статуса индивида, больших и малых групп (J.F. Kihlstrom, 1981; M. Svartberg, T.C. Stiles, 1991; Crits-Christoph, 1992; B. Karon, J. Widener, 1995). И в то же время многими исследователями отмечается тот факт, что психодинамика неосознаваемых психических процессов является наиболее сложным и, соответственно, субъективно интерпретируемым аспектом проблемы психологического здоровья (D. Spence, 1984).

Бихевиоральное (поведенческое) направление в концепции психологического здоровья развивается с 50-х годов прошлого столетия с появления работ В.Ф. Skinner (1953), подчеркивающего значение правильных поведенческих реакций на средовые стимулы. В последние годы были опубликованы обширные исследования и обзоры, подтверждающие правомерность подобной точки зрения (А. Bandura, 1986; В. Flanagan, I. Goldiamond, N.H. Azrin, 1989; L. Ost, X. Hughdall, 1995). В частности, существует значительное количество репрезентативных исследований, показывающих преимущество поведенческих методов повышения уровня психологического здоровья индивида перед любыми другими (R. Emmelkamp, A. Kuipers, P. Eggerat, 1978; D. Barlow, 1988; R. Emmelkamp, 1994).

Преимущественную роль когнитивной составляющей в комплексе условий, обеспечивающих высокий уровень психологического здоровья, подчеркивал А. Ellis (1977). М. Mahoney (1991) считает, что рациональное мышление – лучший способ контроля эмоций. S. Hollon, A.T. Beck (1994) в результате многолетних исследований пришли к выводу, что расширение и коррекция когнитивного репертуара существенно повышают уровни психологической адаптации индивида. В то же время другими исследователями (А. Bandura, 1977, 1986) доказывается наибольшая эффективность психотерапевтических вмешательств при сочетании когнитивных и бихевиоральных подходов.

Ряд авторов специально выделяют эмоциональную составляющую в структуре факторов, определяющих уровень психологического здоровья. В частности, аксиоматичным является то утверждение, что стресс порождает негативные эмоции; негативные

---

---

эмоции стимулируют развитие негативных когний, а в результате имеет место общее снижение психологической адаптации (L. Parkinson, R. Rachman, 1980). Эмоциональный фон существенно влияет на восприятие (R. Kennedy, E. Craighead, 1982), память (G. Bower, 1983), внимание (J. Forgas, 1995). В то же время эмоции – это лишь неустойчивое и нечёткое измерение опыта. Следовательно, эмоциональный параметр – наименее надёжный в определении уровня психологического здоровья (С. Goldberg, 1986; L. Greenberg, R. Elliot, G. Lietaer, 1994). При этом, однако, констатируется, что в любых технологиях формирования высоких уровней психологического здоровья эмоциональный контакт клиента с терапевтом имеет определяющее значение (S.L. Garfield, 1992).

Экзистенциально-гуманистическое или интегральное направление в концепции психологического здоровья, развиваемое на основе супрапарадигмального понимания функций «Я», начиналось с работ А.Н. Maslow (1943), утверждавшего, что «Я» – центральный элемент в опыте человека. В последующем многие исследователи убедительно доказывали центральную роль «Я» в общем конгломерате психических функций, обеспечивающих высокий уровень индивидуальной адаптации. Н. Kohut (1971) считал феномен «Я» сущностью индивидуальной устойчивости к воздействиям среды. G. Bateson (1972) обращал внимание на то, что, в основном, самодостаточные, в смысле «Я», люди сами создают себе стимулы для развития и в гораздо меньшей степени зависят от средовых стимулов. М.В. Smith (1978) подчёркивал значение личностных смыслов и самого процесса поиска смыслов в динамике развития адаптационных возможностей человека. В таком же ключе высказывался R. Kegan (1982), в частности утверждавший, что личностный смысл придаётся всякому индивидуальному опыту. R. Dell (1982) считал, что «Я» выступает в качестве основного регулятора психологического гомеостаза человека. А.В. James (1984) и V. Guidano (1987) подчёркивали роль завершения процесса идентичности в динамике саморегуляции. По мнению Н.Г. Furth (1992), познание и научение способствуют повышению адаптационных кондиций человека не сами по себе, а лишь раскрывая систему «Я». О. Kernberg (1989) утверждал, что «Я» в той степени ценно, в которой оно осуществляет контроль над поведением человека. В.Е. Wolfe (1995) в большой обзорной работе приходит к выводу, что «Я» – это сущностный и интегрирующий конструкт психологических свойств.

Далее, если рассматривать те аспекты психологического здоровья, на которых акцентируется внимание в известных моделях профессиональной психотерапии, то общая картина получается ещё более «пёстрой». Так, наиболее распространённая психологическая модель психотерапии включает все вышперечисленные и многие другие концепты психологического здоровья. В педагогической модели

психотерапии высокий уровень психологического здоровья ассоциируется с наличием сформированных позитивных адаптирующих навыков. В медицинской психотерапевтической модели, несмотря на декларируемый примат био-психо-социального подхода в понимании генеза психических расстройств, акцент, всё же, делается на те особенности психики субъекта, которые выводятся из биологизированных и нозоцентрированных представлений. Соответственно, идеал здесь – психически здоровый субъект в традиционном значении этого термина. В философской модели психотерапии, ориентированной на экзистенциалы западноевропейской философии, обращается внимание на необходимость коррекции концептуального дефицита в отношении несущих смыслов бытия – в – мире, в результате чего возможно достижение экзистенциальной гармонии. В традиционной модели социальной психотерапии идеалом психологического здоровья является субъект, эффективно выстраивающий коммуникации в группе и соответствующий – в основных проявлениях психической и поведенческой активности – групповым ожиданиям. Соответственно, основными критериями принадлежности к дифференцируемым уровням психологического здоровья здесь являются характеристики социальной адаптации субъекта. Далее, в таких, достаточно экзотических моделях психотерапии, как религиозная и, отчасти, магическая, – проблемный уровень психологического здоровья ассоциируется с состоянием бездуховности и материалистического тупика. А искомый уровень – с принятием концепта веры и обретением «одухотворённого» ресурсного статуса. Что же касается направления интегративной и эклектической психотерапии, то в силу отсутствия – до последних лет – видения путей выхода из методологического тупика, во многом связанного с общим кризисом психологической науки, какого-либо удовлетворительного консенсуса в отношении универсальных характеристик категории психологического здоровья здесь не сложилось.

Таким образом, следует констатировать тот факт, что различные концепции психологического здоровья, обращённые к предметной сфере качественных характеристик более общей и сложной категории психического здоровья – и в этом смысле тождественные – в содержательном плане отражают разные реальности. И что суть основной методологической проблемы как раз и заключается в дефиците научно аргументированного концептуального видения общей предметной сферы, к которой так или иначе обращены перечисленные теоретические построения. Но, главное – в отсутствии дееспособного методологического инструментария адекватного сведения «разнокалиберных» и «разномастных» концептов психологического здоровья в единую систему на основе понятного функционального принципа. Тем более ясно, что без адекватного решения этой

---

---

сложной задачи говорить о каком-то осмысленном системном позиционировании и взаимодействии идентифицированных нами качественных характеристик феномена психического здоровья с любыми другими концептами психологического здоровья не приходится.

Дополнительными и весьма существенными дивидендами продвижения в данном вопросе является перспектива адекватного решения, по крайней мере, нескольких проблемных узлов – основных «симптомов» кризиса в психологической науке. По мнению многочисленных исследователей, эти кризисные признаки заключаются, в том числе, и в отсутствии единой, разделяемой всеми теории; разделении на «психологические империи», такие как когнитивизм, психоанализ, бихевиоризм, каждая из которых живёт по своим собственным законам; отсутствию универсальных критериев добывания, верификации, адекватности знания; некумулятивности знания, вследствие чего каждое новое психологическое направление объявляет всю предшествующую ему психологию набором заблуждений и артефактов (А.В. Юревич, 1999, 2001, 2005, 2006; В.А. Мазилев, 2006; А.Н. Ждан, 2007; В.А. Кольцова, 2007).

Предлагаемый нами и апробированный в ходе реализации настоящего комплексного исследовательского проекта методологический подход изначально нацелен на преодоление поименованных методологических проблем и сложностей. Так, например, в русле данного подхода – в соответствии с направлениями современной эпистемологии, наиболее адекватными для рассматриваемой сферы качества психического здоровья, – продекларирован отказ от абсолютного статуса истины. Следовательно, общая предметная сфера, к которой обращены многочисленные концепты психологического здоровья, может быть представлена в виде постоянно трансформирующейся матричной структуры, а не только в статусе традиционной модели общей, разделяемой всеми теории. Процесс выверенного, научно-методологического картографирования данной матричной структуры – с чего, собственно, должны начинаться, и чем – заканчиваться системные исследования – определяет актуальный горизонт предметной сферы изучаемого феномена. А базисная исследовательская программа (в понимании И. Лакатос, 1975), разработанная для этих целей, в данном случае и есть инструмент сведения разнонаправленных концептов в объёмную системную конструкцию. В такой общей конструкции, в отношении каждого привносимого концепта присутствует ясное понимание методологического контекста, из которого выводятся его содержательные характеристики. А так же – понимание того, в какой степени и в каких других общих методологических контекстах содержательные характеристики различных концептов психологического здоровья могут эффективно дополнять друг друга. Так, например, в ходе выполнения

четвёртого исследовательского фрагмента по разработке интегративного и эклектического направления профессиональной психотерапии нами было показано, что идентифицированные качественные характеристики феномена психического здоровья выполняют функцию универсальных мишеней, имеющих особое значение при оформлении макротехнологического и метатехнологического уровней психотерапевтической коммуникации. В то же время концепты психологического здоровья, присущие различным психотерапевтическим школам и направлениям, представляют структурно-технологический уровень психотерапевтической коммуникации. Но такая их комбинация отнюдь не умаляет значение каждой отдельно взятой концептуальной структуры, а, напротив, обеспечивает искомый синергетический эффект. Весовое значение каждого учитываемого признака – качественной характеристики психического здоровья или их агрегированной структуры в обеспечении такого эффекта – может быть продемонстрировано в соответствующих математических расчётах. Более подробно обсуждаемая базисная исследовательская программа и принципы системной организации концептов психологического здоровья в общем контексте направления интегративной и эклектической психотерапии рассматриваются нами при описании инструментально-методологического и технологического уровней функционального каркаса категории качества психического здоровья.

Обобщая всё сказанное по данному подразделу, отметим тот факт, что разработанный методологический подход совмещает основополагающие принципы получения и организации научного знания, необходимые в рассматриваемой сфере, которые с одной стороны должны обеспечивать их надёжность и воспроизводимость при соответствующих стандартных условиях, а с другой – открытость к корректному сопоставлению в рамках специально разработанной исследовательской программы. Такая исследовательская программа (в понимании И. Лакатос, 1975), собственно и выполняет функцию подлинного системообразующего стержня рассматриваемой области знаний, поскольку именно в рамках данной базисной программы и реализуется вся совокупность процессов по выстраиванию объёмного, предметного горизонта феномена качества психического здоровья. В рамках такого горизонта только и могут устанавливаться конкретные типы и значения взаимозависимости между различными качественными характеристиками и концептами психологического здоровья.

3.2.3. Вопрос соотношения категории психического здоровья и дифференцируемого феномена качества данной объёмной, и сложной категории имеет, по крайней мере, три проблемные плоскости: 1) выявление степени взаимозависимости биологических (т.е. определяемых в традиционных критери-



---

---

ях наличия - отсутствия признаков психических и поведенческих расстройств) и собственно качественных параметров категории психического здоровья; 2) предметное позиционирование качественных характеристик в общем понятии психического здоровья; 3) выведение – в ходе продвижения в решении двух первых вопросов – собственно системных характеристик категории психического здоровья. В данной последовательности мы и будем рассматривать соответствующие результаты комплексного исследовательского проекта.

При выявлении степени взаимозависимости биологических и качественных параметров психического здоровья в общей выборке населения в возрасте 12-55 лет ( $n=7997$ ), проводимого с использованием методологии Павлодарского многофункционального опросника (ПМО), были продемонстрированы следующие закономерности.

В распределении исследуемых уровней биологических параметров (обозначаемых в настоящем фрагменте как «психическое здоровье») и качественных параметров (обозначаемых в настоящем фрагменте как «психологическое здоровье») общей категории психического здоровья по анализируемой выборке имеются существенные различия. Высокий уровень психического здоровья был представлен более интенсивно, чем аналогичный уровень психологического здоровья (соотношение 6,1:1,  $P<0,01$ ). Средний и низкий уровни психологического здоровья были представлены более интенсивно, чем соответствующие уровни психического здоровья – соотношение по средним уровням – 1,32:1,  $P<0,01$ ; соотношение по низким уровням – 1,4:1,  $P<0,01$ . Результаты данного исследовательского фрагмента были интерпретированы нами как свидетельство существенно более глубокой и динамичной реакции качественного уровня функциональной активности психики на кризисные обстоятельства последних десятилетий.

Далее было показано, что общие тенденции в распределении дифференцируемых уровней психического и психологического здоровья отмечались по отношению к следующим группам факторов: принадлежности к полу; возрастным; материального благосостояния; семейным (гармоничный тип семейных отношений); соматического здоровья; заинтересованности в собственном здоровье; наличия позитивных целей и установок; социальной динамики; скорости адаптации; зависимости от табака; зависимости от алкоголя. Существенные и статистически достоверные различия в степени интенсивности такого, однополярного распределения сравниваемых уровней – в пользу качественных характеристик (первые четыре фактора) и в пользу биологических характеристик (пятый фактор) – прослеживались по следующим группам факторов, в порядке убывания степеней различий: наличие позитивных целей и установок; социальная динамика; скорость

адаптации; материальное благосостояние; возрастной фактор.

Из 65 учитываемых в методологии ПМО факторов – при распределении дифференцируемых уровней психического и психологического здоровья – только по 7 из них были обнаружены противоположные (разнополярные) тенденции. При этом обращают на себя внимание следующие факторы, расположенные по степени убывания значимости разнополярных тенденций (позитивная зависимость с высоким уровнем психологического здоровья и негативная – с высоким уровнем психического здоровья): высшее образование; занятость в системе образования; занятость в государственной службе; проживание в столице; средняя степень вовлечённости в религиозное мировоззрение. Позитивная зависимость с высоким уровнем психического здоровья и негативная с высоким уровнем психологического здоровья обнаруживается по фактору высокой степени вовлечённости в религиозное мировоззрение.

Далее, интерес представляет внутрикатегориальная чувствительность системы факторов ПМО, отражающаяся в дифферентах распределения по этим факторам высоких и низких уровней психического, и, соответственно, психологического здоровья. В частности, для параметров психического здоровья система факторов выглядела следующим образом в порядке убывания степени чувствительности:

- фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 6,3:1);
- фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 6,1:1);
- фактор принадлежности к высокому уровню соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 4,16:1);
- фактор занятости в силовых ведомствах (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья – дифферент 3,55:1);
- фактор нисходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 3,5:1);
- фактор возрастной группы 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья – дифферент 2,9:1);
- фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,67:1);
- фактор принадлежности к группе учащейся молодёжи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,39:1);
- фактор высокой заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,24:1);

---

---

– фактор наличия средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,23:1);

– фактор высокого уровня доходов (благополучия) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,18:1);

– фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,15:1).

Таким образом, 12 факторов (из 65, представленных в ПМО) имели дифферент внутрикатегориального распределения высокого и низкого уровней психического здоровья в пределах 6,3-2,15. Остальные 53 фактора имели дифферент в пределах 2,0-1,04.

Внутрикатегориальная чувствительность системы факторов в отношении распределения уровней психического здоровья (в данном случае так же представлены дифференты распределения высокого и низкого уровней) в порядке убывания степени чувствительности выглядела следующим образом:

– фактор средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 66,87:1);

– фактор восходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 52:1);

– фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 28:0);

– фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 21,6:0);

– фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 20,4:1);

– фактор высокого уровня доходов (благополучия) (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 7,78:1);

– фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 7,1:1);

– фактор принадлежности к возрастной группе 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 5,78:1);

– фактор наличия выраженной степени позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 5,36:1);

– фактор высокой степени заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 4,9:1);

– фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 4,7:1);

– фактор принадлежности к группе с высоким уровнем соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 4,65:1);

– фактор принадлежности к возрастной группе 17-21 год (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 4,42:1);

– фактор низкого уровня доходов (благополучия) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 4,04:1);

– фактор принадлежности к профессиональной группе, занятой в системе образования (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 3,3:1);

– фактор принадлежности к корейцам по национальности (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 3,07:1);

– фактор проживания с первой (родительской) семьей (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,69:1);

– фактор принадлежности к украинцам по национальности (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,29:1).

Таким образом, 18 факторов (из 65, представленных в ПМО) имели дифферент внутрикатегориального распределения высокого и низкого уровней психического здоровья в пределах 66,87-2,29. Остальные 47 факторов располагались в зоне дифферента от 2,0 до 1,1.

Сравнение особенностей внутрикатегориальной чувствительности рассматриваемой системы факторов в отношении распределения высоких и низких уровней психического и психологического здоровья (иерархия признаков по степени регрессионной динамики; разница в показателях дифферента; общее количество признаков со значениями дифферента >2) показывает существенную разницу по всем анализируемым направлениям:

– общее количество наиболее чувствительных, в отношении распределения высоких и низких уровней рассматриваемых категорий здоровья факторов, для психического здоровья составило – 12, для психологического – 18, что говорит о сравнительно большей степени динамичности и чувствительности к внешним воздействиям категории психологического здоровья;

– значения дифферентов для группы чувствительных факторов в отношении распределения изучаемых уровней психического здоровья на порядок превышали значения дифферентов для груп-

---

---

пы активных факторов категории психического здоровья (66,87-2,29 и 6,3-2,15), что так же свидетельствует о более динамичной организации данного уровня функциональной активности психики (психологическое здоровье);

– особенности иерархии построения системы факторов, в зависимости от степени регрессионной динамики чувствительности в отношении распределения высоких и низких уровней психического и психологического здоровья, показывают, что для категории психического здоровья наиболее чувствительными являются биологические и в существенно меньшей степени социальные факторы. Для категории психологического здоровья – социальные факторы.

В целом же анализ результатов, полученных по третьему фрагменту комплексного исследовательского проекта, показал, что в рамках доминирующей био-психо-социальной модели параметры психического здоровья, определяемые в критериях наличия – отсутствия признаков психических и поведенческих расстройств, в большей степени представляют вектор биосоциальной функциональной активности психики человека. Тогда как качественные параметры данной объемной категории представляют преимущественно вектор психосоциальной активности. Категория качества психического здоровья, как наиболее подвижный и динамичный уровень функциональной активности психики человека, является действенной сферой приложения специальных и общих психогигиенических и психопрофилактических стратегий и лечебно-реабилитационных программ.

В связи с этим особый интерес представляют данные о взаимозависимости выявленных качественных характеристик психического здоровья, определяющих степень риска – устойчивости, с другими цитируемыми факторами рисков вовлечения во все типы деструктивных социальных эпидемий (всего в рамках реализации второго фрагмента комплексного исследования нами исследовалось 95 таких факторов). Так, было убедительно продемонстрировано, что даже высокая концентрация таких признаваемых факторов риска, как определённая биологическая предрасположенность, неблагоприятная микросоциальная среда, агрессивный прессинг в ближайшем окружении субъекта и пр. – в смысле рисков первичного или повторного вовлечения в деструктивные социальные эпидемии – отнюдь не фатальна. При наличии высокого уровня развития идентифицированных качественных характеристик психического здоровья, такая концентрация не приводит к формированию каких-либо отчётливых проявлений дезадаптации или патологической адаптации, связанной с употреблением ПАВ, формированием деструктивной психологической зависимости. И, наоборот, цитируемые факторы оказывались статистически значимыми и обнаруживающими высокие уровни корреляции с факторами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость

в группе лиц с низким уровнем развития этих качественных характеристик.

Наша интерпретация полученных по второму исследовательскому фрагменту результатов заключается в том, что сама по себе степень рисков цитируемых факторов не абсолютна и зависит от влияния, которое они оказывают на универсальную систему риска – устойчивости, идентифицированную при настоящем комплексном исследовании. Если по каким-либо причинам такое деструктивное влияние существенно ослаблено или компенсировано (например, за счёт активного эволюционного или форсированного развития качественных характеристик психического здоровья), то значения рисков, приписываемых данным факторам, стремятся к нулю.

Важность данного вывода трудно переоценить, поскольку именно в нём заключается научная основа обновленного доктринального подхода и аргументация необходимости изменения системы приоритетов: от фокусирования на многочисленных и второстепенных факторах риска по отдельным профилям деструктивных социальных эпидемий, от мало оправданных инвестиций в труднодостижимые результаты по блокированию данных рисков – к системе эффективного взаимодействия с универсальными факторами риска – устойчивости и оправданными акцентами на форсированное развитие определённых качественных характеристик индивидуально и социального психического здоровья.

Как из всего сказанного становится понятно, что биологические параметры, определяемые по критерию наличия – отсутствия признаков психических и поведенческих расстройств, и выделяемые качественные параметры объемной категории психического здоровья находятся в отношениях сложной взаимозависимости, характеризующейся наличием множественных прямых и обратных связей. Характер, тип и количественное выражение таких связей определяются в ходе исследовательского процесса, методология которого позволяет отслеживать динамику учитываемых биологических и качественных признаков категории психического здоровья и производить соответствующие математические расчёты. По результатам профильных исследований должно осуществляться картирование сущностных характеристик сложной категории психического здоровья, полученных в определённом исследовательском контексте. Далее, в ходе реализации базисной исследовательской программы эти множественные контексты и уточнённые характеристики объёмной категории психического здоровья сводятся в общую «мозаику», которая ясно демонстрирует достигнутые уровни, имеющиеся дефициты и наиболее перспективные направления исследовательской деятельности в сфере индивидуального и социального психического здоровья.

В общем контексте настоящего комплексного исследовательского проекта общей функцией био-

---

---

логических параметров категории психического здоровья является обеспечение базисной способности индивида к адекватному взаимодействию с реальностью в качестве полноценного субъекта (здесь имеется в виду нормативный уровень развития элементарных и более сложных психических функций, а также отсутствие психических расстройств, обедняющих или искажающих восприятие реальности и существенно затрудняющих базисную адаптацию субъекта). Общей функцией качественных характеристик категории психического здоровья является способность к эффективной самоорганизации, обеспечивающая адекватную адаптацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде. В этой последней функциональной характеристике прослеживается полное соответствие актуальным социальным контекстам, учитываемым при разработке общей методологии комплексного исследовательского проекта.

Результирующий профиль двух главных аспектов категории психического здоровья в совокупности даёт понимание общего функционального объёма данной сложной категории и определяет место сектора психического здоровья в ещё более ёмком понятии интегрального здоровья.

Функциональное определение категории психического здоровья, сформулированное в ходе реализации настоящего исследовательского проекта, в связи со всем сказанным следующее: под психическим здоровьем понимается сложная системно-организованная категория, основные функциональные структуры которой – биологические обеспечивающие базисную способность индивида к адекватному взаимодействию с реальностью в качестве полноценного субъекта, и качественные обеспечивающие эффективную самоорганизацию, адаптацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде – находятся в отношениях сложной взаимозависимости с наличием множественных прямых и обратных связей. Характер, тип и количественное выражение таких связей определяются в ходе исследований, методология которых позволяет отслеживать динамику учитываемых биологически детерминированных и качественных признаков категории психического здоровья, производить соответствующие математические расчёты; и уточняются в ходе реализации базисной исследовательской программы, выполняющей, в данном случае, важнейшую функцию системо-образующего стержня.

Приведённое функциональное определение категории психического здоровья адекватно для общего контекста и результатов, полученных в ходе реализации комплексного исследовательского проекта, а значит, данное определение может быть трансформировано по мере реализации базисной исследовательской программы.

3.2.4. Специфика системного взаимодействия феномена качества психического здоровья с понятием интегрального здоровья представлена, в том

числе и тем, что именно за счёт разработки всего комплекса вопросов, связанных с идентификацией соответствующих качественных характеристик, раскрывается содержание интересующего нас фрагмента известного определения здоровья Всемирной организации здоровья (ВОЗ) (1958). То есть речь идёт о «... состоянии полного... психического и социального благополучия ...», которое следует отличать от статуса «... отсутствие болезней и ... дефектов».

В нашей интерпретации общее определение «состояния полного психического и социального благополучия» расшифровывается: 1) как наличие высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья; 2) как высокий уровень комфорта, связанный с эффективной самоорганизацией и адаптацией субъекта, и выражающийся, в частности, в ресурсных кондициях такого компонента самоорганизации, как «само-чувствие»; 3) как высокий уровень устойчивости и безопасности субъекта в агрессивной среде, блокирующий вероятность формирования осознаваемого или неосознаваемого ресурсного запроса и, соответственно, вовлечения в деструктивные социальные эпидемии (что, конечно, с известными оговорками, можно интерпретировать как «состояние... социального благополучия»). Каждая позиция в такой интерпретации подкреплена результатами проведённого комплексного исследования и поэтому не нуждается в дополнительных комментариях.

На основании всего сказанного нами предлагаются следующие функциональные дополнения к известному определению здоровья, данному Всемирной организацией здравоохранения в 1958 году – *состояние полного физического, психического и социального благополучия при отсутствии болезней и физических дефектов*:

– соматическое здоровье – способность присутствовать и развиваться в реальности в качестве полноценного биологического объекта;

– психическое здоровье (биологически детерминированные аспекты) – способность к адекватному взаимодействию с реальностью в качестве полноценного субъекта;

– психическое здоровье (качественные аспекты) – способность к эффективной самоорганизации, обеспечивающей адекватную адаптацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде.

Приведённые функциональные дополнения раскрывают концепт интегрального здоровья с позиции актуальных эволюционных и социальных контекстов Новейшего времени. То есть эти дополнения ориентированы, прежде всего, на перспективу эффективной компенсации прогрессивно утрачиваемых самогенных механизмов, рассматривая при этом поименованные компоненты интегрального здоровья как потенциальные способности, которые нужно развивать. Соответственно, здесь присутствует очевидный акцент на способности человека и общества

---

---

к эффективной самоорганизации, за счёт чего, собственно, и возможен переход на обновлённые – в духе времени – параметры порядка, регулирующие его уровни адаптации и здоровья в социуме. Приоритетным компонентом в данном перечне функциональных дополнений к понятию интегрального здоровья, таким образом, являются качественные характеристики психического здоровья, что адекватно заявляемому проспективному – то есть ориентированному на будущее – подходу и вполне созвучно с реалиями сегодняшнего дня.

3.2.5. Важнейший вопрос системного взаимодействия качественных характеристик категории психического здоровья с феноменом адаптации (биологической, психологической, социальной), был достаточно глубоко исследован в ходе реализации третьего, четвёртого и пятого фрагментов комплексного исследовательского проекта. При этом были уточнены: специфика синергетического подхода, с позиции которого рассматривалось взаимодействие исследуемых феноменов; содержательные характеристики понятия адаптации, актуальные с точки зрения основополагающих контекстов комплексного исследования; разработан центральный концепт адаптивно-креативного цикла, проясняющего сущностную взаимозависимость результирующей функции феномена качества психического здоровья – самоорганизации – с идентифицированными вариантами прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла. Кроме того, были получены убедительные данные о взаимозависимости уровней качества психического здоровья в исследуемых выборках населения с некоторыми индикативными показателями удовлетворительной социальной адаптации (эти данные приведены в предыдущем подразделе). В результате, здесь мы не ограничиваемся только лишь констатацией в духе того, что дифференцируемые уровни адаптации – есть «большие» индикаторы степени развития качественных характеристик психического здоровья, а рассматриваем вопрос в полном объёме его сложного содержания.

3.2.5.1. Так, с точки зрения синергетического междисциплинарного научного подхода, исследующего процессы самоорганизации сложных динамических систем, актуальные вызовы эпохи, поименованные в начальных разделах настоящего сообщения – биологические, социальные, эволюционные, идеологические – следует интерпретировать как признаки кризисной смены стержневых параметров порядка, тысячелетиями поддерживающих жизнь и стабильное развитие системы среда – человек.

Резкое увеличение информационных стратегий, умножение числа жизненных альтернатив здесь следует рассматривать как необходимое условие выживания системы, двигающейся по катастрофическому сценарию развития.

В контексте рассматриваемого научного подхода описываются варианты конструктивного выхода из крутой спирали катастрофического сценария раз-

вития, связанные с возвратом к общему «стволу», из которого берут начало несущие параметры порядка с почти неизбежным пересмотром общих принципов их формирования.

Другой конструктивный сценарий связан с возможностью развития компенсаторных структур (в нашем понимании – высоких уровней качества психического здоровья), восполняющих дефицит ресурсных параметров порядка на первых этапах их создания и генерирующих полноценные параметры обновлённого порядка на последующих этапах их становления и развития.

Применительно к специфике рассматриваемой проблемы ясно, что речь идёт о необходимости возврата к «стволу» общего адаптационного цикла человека, пересмотра содержания и значений, по крайней мере, некоторых фаз данного цикла, ранее выпавших из поля зрения исследователей.

Далее, понятно, что ключевыми, т.е. наиболее актуальными и созвучными реалиям новейшего времени, характеристиками рассматриваемого адаптивного цикла должны стать: *прогрессирующее «ужимание» во времени; всё более возрастающая роль осмысленной самоорганизации субъекта и социума; беспрецедентный рост креативного «выхода», а также – все факторы и обстоятельства, способствующие ускоренному формированию данных ключевых характеристик.*

На каком-то, желательно более раннем этапе, адаптивные дивиденды, получаемые в результате реализации такого «усовершенствованного» варианта базисного цикла, должны полностью перекрывать утрату регулятивных механизмов естественного отбора, обеспечивать существенное расширение горизонтов бытия и повышение качества жизни современного человека.

Таким образом – с учётом всего сказанного – далее мы будем говорить об адаптивно-креативном цикле, обеспечивающем устойчивое развитие системы человек – среда в непростых условиях и контекстах новейшего времени.

В ключе обсуждаемого контекста кризисной смены стержневых параметров порядка, требований новейшего времени к адаптивно-креативному циклу и формируемому на основе данного цикла обновлённым параметрам порядка – рельефно высвечивается и проясняется роль идентифицированных качественных характеристик психического здоровья, обеспечивающих эффективную самоорганизацию субъекта в условиях агрессивной среды.

3.2.5.2. С позиции проспективного – обращённого в будущее – подхода особое значение имеют следующие полученные нами уточнения функциональных характеристик феномена адаптации с акцентом на возможности эффективного кризисного развития субъекта и общества:

– *скорость и степень свободы в динамике изменений основных параметров гомеостаза (обще-*

---

---

признанным на сегодняшний день является факт того, что для каждого организма существует своя определённая амплитуда приспособительных возможностей, выход за пределы которых губителен для их существования. Основная идея и суть понимания адаптационных процессов, в нашем случае, состоит в том, что скорость и степени свободы в конструктивной динамике изменений параметров гомеореза субъекта могут существенно возрасти, адаптивные границы – существенно расширены за счёт форсированного развития и целенаправленной активности качественных характеристик психического здоровья);

– *степень синхронизации темпов развития человека и среды* (важность данного параметра определяется общепринятым тезисом того, что природа человека и его биологические свойства, формировавшиеся в течение многих тысячелетий, не могут меняться с такой же быстротой и такими же темпами, как и новые физические, экологические и социальные реалии, тем более в условиях фактической «отмены» основного эволюционного регулятивного механизма естественного отбора. Выдвигаемый нами контртезис состоит в том, что за счёт качественного скачка в характеристиках индивидуального и социального психического здоровья, ключевых характеристиках «стволового» параметра порядка – адаптивно-креативного цикла – удовлетворительная синхронизация этих двух важнейших составляющих модели объёмной реальности может быть достигнута и далее поддерживаться на приемлемом уровне (т.е. без признаков перенапряжения адаптационных ресурсов, расширения практики медицинского вмешательства или употребления патологических адаптогенов ультрабыстрого действия);

– *направления адаптационной активности* (общепризнанным является тот факт, что человек – адаптивно-адаптирующееся существо. Соответственно адаптация человека – процесс двусторонний: человек не только приспособляется к новым условиям, но и приспособляет условия к своим нуждам и потребностям, создаёт такую систему жизнеобеспечения, которая обеспечивает ему конкурентный выигрыш. Так, например, термин «социальная адаптация» расшифровывается, в том числе, и как «изменение, преобразование среды в соответствие с новыми условиями и целями деятельности» (Большой энциклопедический словарь, М., 2012). Высокий уровень развития способностей человека к эффективной самоорганизации, соответственно, создаёт возможности существенного повышения эффективности адаптационной деятельности в двух рассматриваемых направлениях – конструктивного преобразования среды и существенного расширения собственных адаптивных способностей);

– *векторы адаптивных изменений и уровни адаптации* (традиционно дифференцируются: прогрессивный вектор адаптивных изменений, связанный с совершенствованием и саморазвитием систе-

мы в целом, либо отдельных её компонентов; регрессивный вектор, связанный с процессами деградации и распада системы. Соответственно, при исследовании биологических и медицинских аспектов адаптации различают уровни нормативной адаптации (т.е. уровень здоровья), напряжённой адаптации (уровень предболезни), патологической адаптации и дезадаптации (уровень болезни), распада системы (смерть). В контексте идентифицированных нами характеристик и уровней качества психического здоровья – уровни напряжённой патологической адаптации и дезадаптации рассматриваются как варианты кризисного развития индивида с высокой вероятностью – при изменении соответствующих характеристик адаптивно-креативного цикла – трансформации в прогрессивный вектор адаптивных изменений, в перспективе обеспечивающий высокие и постоянно развивающиеся уровни индивидуального и социального здоровья);

– *анализируемые уровни адаптационных процессов* (в дополнение к традиционно дифференцируемым уровням адаптационного процесса – видовому, организмическому, клеточному, неврологическому, иммунологическому, эндокринологическому, эпигенетическому – в нашей модели стержневым уровнем, на котором рассматривается процесс адаптации и от которого прямым или косвенным образом зависят все поименованные иерархические срезы, является системно-информационный уровень. Именно на данном уровне развёртывается процесс эффективной самоорганизации субъекта и в полной мере реализуется функциональная активность качественных характеристик категории психического здоровья, в совокупности обеспечивающих существенное расширение адаптационных возможностей человека);

– *используемые ресурсы* (указываемые в традиционных научных дискурсах адаптационные ресурсы – в основном это биологически запрограммированная амплитуда приспособительных возможностей и стандартные психологические ресурсы – в нашем случае дополняется группой содержательных характеристик категории качества психического здоровья; в частности – группой креативно-пластических ресурсов, актуализирующихся в полной мере при соответствующем типе адаптационной активности внесознательных инстанций психики человека. Такого рода активность имеет специфические признаки, весьма отличные от характеристик процесса «стандартного» приращивания адаптивных знаний – умений – навыков или более сложных форм поведения, повышающих уровень социализации и качество жизни субъекта);

– *множественные прямые и обратные связи, формируемые между агрессивной средой и человеком, системно-информационным и другими дифференцируемыми уровнями адаптационного процесса* (в дополнение к традиционному пониманию

---

---

прямых и обратных связей в общем контексте адаптационного взаимодействия «внешняя среда – человек – внутренняя среда»; в нашем случае повышенное внимание уделяется конструктивному характеру обратных связей, имеющих место в данной системе. Специфика активности таких обратных связей приводит в итоге к искомой динамике развития как человека – в смысле эффективной компенсации утрачиваемых биологических способностей, так и среды – в смысле снижения степени агрессивности. Что собственно и является содержанием процесса эффективной самоорганизации. Далее, следует отметить, что сам по себе адаптивно-креативный цикл со всеми его дифференцированными этапами – есть расширенное описание порядка «отыгрывания» прямых и обратных связей в сложной динамике развития системы: среда – человек – феномен самоорганизованного поведения – среда);

– *этапы адаптивно-креативного цикла* (в нашем случае такого рода цикл, в отличие от упрощённых классических схем, оформляемых в духе биопсихо-социального подхода, представлен максимально полным набором этапов и фаз, имеющих значение при исследовании сложного процесса адаптации, а также – при оказании профессиональной помощи субъекту, находящемуся в кризисном периоде своего развития. Проспективный вектор разворота данного цикла, в свете всего сказанного, безусловно, ориентирован на доминирование внутреннего локуса контроля (Д. Роттер, 1947), т.е. на реализацию обновлённой формулы: «человек – начало всех вещей»);

– *границы адаптивной гуманитарной активности* (понимание границ адаптивной активности человека в нашей модели существенно расширяется: во-первых, на основании аргументированной имплементации в сферу данного понятия самоорганизующего поведения субъекта и общества – квинтэссенции целенаправленной активности качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья; во-вторых, за счёт интерпретации всей научной деятельности человека как проявлений феномена самоорганизации особого рода; в-третьих, – за счёт возможности переформатирования суперсистемы «человек – реальность» в духе авангардных эпистемологических подходов, раскрывающих совершенно новые горизонты бытия человека в актуальных и объёмных планах реальности (более подробно два последних аспекта освещаются в следующих разделах). Такая исследовательская метапозиция, помимо всего прочего, является стимулом для форсированного развития научно-практических направлений, предметной сферой которых являются качественные характеристики индивидуального и социального психического здоровья);

– *специфика активности взаимодействующих агентов развития* (особое значение в нашей модели придаётся вопросам подготовки и результи-

рующему уровню профессиональной деятельности, так называемых внешних агентов развития – фасилитаторов, психотерапевтов, консультантов и др. – в чьи функции входит форсированное развитие качественных характеристик психического здоровья и высоких адаптивных кондиций субъекта, а также – разработке организационных моделей, обеспечивающей максимально возможную эффективность реализации соответствующих направлений профессиональной деятельности).

3.2.5.3. Вышеприведённые уточнённые характеристики динамики адаптивных процессов дополняются следующим описанием адаптивно-креативного цикла – стержневого параметра порядка процесса кризисного развития системы «среда – человек» с позиции синергетического подхода.

В соответствии с нашими наблюдениями и опытом дифференциации адаптивного поведения человека в кризисной ситуации (четвёртый и пятый фрагменты комплексного исследовательского проекта), в структуре адаптивно-креативного цикла выделяются следующие этапы, фазы и варианты их прохождения:

*Этап адаптационной стабильности – напряжения*; данный этап, характеризующий переход субъекта из зоны относительной адаптационной стабильности к состоянию адаптационного напряжения, – обычно, в связи с каким-либо критическим изменением актуальных для субъекта характеристик среды – включает следующие фазы:

1) *фаза тестовой активности среды*; тестирование осуществляется в системе значимых дуальных критериев: понятно – непонятно; опасно – безопасно; комфортно – дискомфортно и пр.;

2) *фаза уточнения проблемного поля*: активность субъекта в ходе реализации предыдущей фазы способствует идентификации проблемных ситуаций, для которых характерны следующие общие признаки: особая значимость – т.е. данные обстоятельства существенным образом затрагивают потребностную сферу и систему ценностей; наличие более или менее выраженного прессинга (давление обстоятельств, цейтнот; внутренний конфликт и пр.); отсутствие очевидно правильного решения проблемной ситуации или какого-либо решения вообще; наличие адаптационного напряжения, парциального либо тотального дискомфорта, проявляющихся, в том числе, в признаках синдрома деморализации;

3) *фаза решения проблемной ситуации с использованием имеющихся ресурсов* – т.е., с позиции накопленного объёма знаний, умений, навыков; признание безуспешности такого рода стратегии на основе отрицательной обратной связи; дальнейший рост адаптационного напряжения с максимальной выраженностью признаков синдрома деморализации.

Особенностью конструктивного варианта прохождения данного этапа являются существенное сокращение длительности, а так же – минимальная выраженность признаков адаптационного напряже-

---

---

ния и состояния деморализации на второй – третьей фазах. В то же время для кризисного варианта, наоборот, характерны растягивание длительности или даже «застывание» субъекта на второй – третьей фазах рассматриваемого этапа, и максимальная выраженность состояния деморализации. Антираесурсный статус субъекта, препятствующий креативному синтезу, является, таким образом, основной мишенью для помогающих и развивающих практик, представляющих основной «включенный» потенциал эффективной самоорганизации.

*Этап актуализации креативного потенциала;* данный этап, создающий условия для генерации альтернативных форм поведения субъекта в кризисной ситуации и, соответственно, лучших вариантов её разрешения, включает следующие фазы адаптивно-креативного цикла:

4) *фаза изменения темпоральных режимов функционирования сознания,* закономерно сопровождающегося изменением границ и степеней свободы основных структурных компонентов реальности, имеющих отношение, в том числе и к проблемной ситуации, а также динамикой «перемещения» субъекта к антиэнтропийному полюсу активности психических процессов;

5) *фаза актуализации креативных способностей* субъекта с формированием особого (первичного) ресурсного состояния, для которого – в идеале – характерны: существенное повышение целенаправленной психической активности; гиперпластические проявления основных психических процессов; спонтанная актуализация личностных статусов, ответственных за генерацию новой информации; комплекс специфических переживаний, которые можно обозначить как «творческое вдохновение» (последнее состояние, в свою очередь, характеризуется: улучшенным доступом к «архивам» внесознательных инстанций; ассоциации в восприятии и мышлении становятся более лёгкими и свободными; усиливается способность оперировать гипотезами, альтернативами, трансформациями, отношениями; усиливается способность к созданию виртуальных образов; актуализируется функция фантазийного мышления; существенно повышается способность к эмпатии; усиливается способность усматривать правильный путь через множественные решения, способность к длительной концентрации внимания на решаемых проблемах);

6) *фаза генерация альтернативных идей, гипотез;* данная фаза, как и все предшествующие фазы настоящего этапа, реализуется в условиях соответствующего изменения режимов функционирования сознания. В этих наиболее благоприятных для творческого процесса условиях формируются множественные «проекты» конструктивного решения кризисной ситуации, каждый из которых имеет свои ситуационные и перспективные преимущества и недостатки;

7) *фаза разработки обновлённого адаптивного инструментария (информационного, интеллектуального, технологического, поведенческого и пр.);* в ходе прохождения данной фазы, субъект соотносит альтернативные способы решения проблемных ситуаций и осуществляет выбор наиболее благоприятного, и перспективного варианта адаптивного поведения. Такого рода выбор, как правило, содержит явную или скрытую процедуру первичного тестирования разработанного «продукта» в системе дуальных критериев: опасно – безопасно; комфортно – некомфортно; понятно – непонятно; интересно – неинтересно.

Реализация вышеприведённых фаз рассматриваемого этапа в относительно короткие временные периоды с актуализацией креативного потенциала в полном объёме обычно имеет место при конструктивном варианте прохождения адаптивно-креативного цикла (что предполагает высокий уровень развития качественных характеристик психического здоровья у субъекта); либо – в условиях кризисного варианта – при использовании «включенного» потенциала соответствующих помогающих и развивающих практик.

*Этап креативного синтеза;* данный этап, предполагающий формирование обновлённой адаптивной стратегии и модели поведения в кризисной ситуации, содержит следующие фазы:

8) *фаза апробации разработанных адаптивных подходов и инструментария;* в ходе прохождения данной фазы обращается повышенное внимание на сигналы, свидетельствующие о степени адекватности имеющихся альтернатив, генерируемых на предшествующих этапах и фазах адаптивно-креативного цикла, перспективах конструктивного разрешения актуальных проблемных ситуаций с использованием этих новых форм активности. В данном случае речь идёт о более глубоком осмысленном анализе, отличном от процедуры первичного тестирования;

9) *фаза реструктуризации адаптивных норм;* в данной фазе адаптивно-креативного цикла завершается процесс формирования и утверждения нового свода адаптивных форм активности субъекта. То есть, речь идёт об институализации обновлённого содержания системно-информационного уровня стержневого параметра порядка, оказывающего существенное – прямое или косвенное – воздействие на все другие идентифицируемые уровни процесса адаптации и стабилизирующего процесс развития системы среда – человек – феномен самоорганизованного поведения – среда.

*Этап реализации обновлённых адаптивных норм;* на данном этапе осуществляется разработка дивидендов, получаемых в результате институализации обновлённого свода адаптивных идиом и правил, а также – подготовка следующей стимульной волны, генерирующей новые импульсы к развитию системы среда – человек – феномен самоорганизо-

---

---



---

---

ванного поведения – среда. Этап содержит следующие фазы:

10) *фаза реализации субъектом потребностно-го цикла с использованием обновлённого свода адаптивных идиом и правил*; в данной фазе адаптивно-креативного цикла проводится оценка дивидендов постоянного использования обновлённой схемы адаптивной активности субъекта – как внешнего плана, т.е. направленной на соответствующее изменение среды, так и внутреннего плана – связанной с трансформацией субъективного опыта. И то, и другое отражается на фиксируемых уровнях адаптации субъекта (в том числе, на его само-чувствии), которые, в связи с этим, выступают в качестве критерия эффективности используемых инновационных схем и подходов;

11) *фаза накопления потенциала дисинхроноза*; здесь следует иметь в виду, что разноуровневые по скорости процессы развития отдельных компонентов – постоянные спутники сложных, открытых, динамических систем, к которым, вне всякого сомнения, относится и рассматриваемая система среда – человек. Вопрос здесь заключается в степени надёжности компенсаторных механизмов (в нашем случае – уровней развития качественных характеристик психического здоровья), до поры оберегающих систему от катастрофических сценариев развития. В связи с чем, при прохождении данной фазы возможны варианты стабилизации и даже редукции потенциала дисинхроноза за счёт форсированного развития наиболее востребованных качественных характеристик психического здоровья. Что, собственно, и обеспечивает требуемый результат – безопасность и устойчивое развитие человека в агрессивной среде – даже и в случае реализации кризисных вариантов прохождения адаптивно-креативного цикла;

12) *фаза возобновления тестовой активности и цикла в целом*; постоянно продолжающееся тестирование процессов взаимодействия в рассматриваемой системе – в случае фиксации уровней адапционного напряжения с «флагами катастроф» – способно запускать следующую волну кризисного цикла развития системы с целью сохранения её жизнеспособности.

Из всего сказанного становится понятно, что представленная модель адаптивно-креативного цикла показывает полную, дифференцированную в зависимости от крайних вариантов – конструктивного, кризисного, – динамику развития событий. Между тем, в реальности может иметь место «усреднённый», либо «усечённый» сценарий прохождения цикла, а также – его существенная модификация за счёт использования специальных помогающих и развивающих практик (более подробно данный вопрос рассматривается в следующем разделе).

3.2.5.4. Итоговая характеристика системной взаимосвязи рассматриваемых понятий «адаптация» и «самоорганизация», следовательно, состоит в том,

что функциональная категория самоорганизации – и есть искомым способом модернизации стержневого параметра порядка – адаптации – в соответствии с жёсткими эволюционными требованиями. Соответственно, наиболее полно феномен эффективной самоорганизации может быть представлен и исследован в модели конструктивного варианта прохождения адаптивно-креативного цикла, предусматривающего наличие высоких уровней развития результирующих качественных характеристик психического здоровья у субъекта. А динамика форсированного развития высоких уровней самоорганизующей активности субъекта, в том числе и за счёт использования помогающих и развивающих практик – представлена и исследована в модели перехода от кризисного к конструктивному варианту адаптивно-креативного цикла. Эффективность такого рода помогающих и развивающих технологий – как традиционных, так и инновационных – предметно отслеживается с использованием инструмента шкалированного протокола психотехнического анализа, воспроизводящего последовательность прохождения этапов и фаз адаптивно-креативного цикла и позволяющего оценивать индикативный «вклад» исследуемой технологии при прохождении каждой дифференцируемой фазы и этапа.

3.2.6. Взаимосвязь качественных характеристик психического здоровья с понятием «качество жизни» исследовалась нами в ходе реализации последнего аналитического фрагмента комплексного исследовательского проекта. В частности, было отмечено, что идентифицированное содержание качественных характеристик психического здоровья, преимущественно, адресовано к психическим свойствам и, в меньшей степени, к психическим процессам. Тогда, как понятие «качество жизни» – по определению и содержанию основных компонентов – характеризует психическое, соматическое и общее функциональное состояние субъекта. То есть, ранжируемая категория качества жизни, при наличии специально оговоренных – для каждой оценочной методики – правил, может являться одним из промежуточных или итоговых индикаторов уровня развития качественных характеристик психического здоровья.

Так, например, наиболее распространенная методика оценки качества жизни «SF-36 HEALTH STATUS SURVER» включает четыре параметра, имеющих отношение к оценке состояния психического здоровья – жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психическое здоровье. Каждый из этих параметров может быть адресован как к биологическим, так и к качественным аспектам категории психического здоровья, в зависимости от методологии исследования. Далее, опросник включает ещё четыре параметра, адресованных к оценке состояния физического здоровья – физическая активность, роль физических проблем в ограничении жиз-

---

---

недеятельности, боль, общее здоровье. То есть, в принципе – с использованием данного опросника – существует возможность исследования взаимозависимости качественных характеристик психического и физического здоровья, а также – определять вклад каждого компонента в общее функциональное состояние (качество жизни) субъекта. Однако, соответствующие параметры методики оценки качества жизни, оценивающие уровень психического комфорта субъекта в определённый период времени, в этом случае, могут лишь дополнять методологию комплексного исследования качественных характеристик психического здоровья.

### **3.3. Технологические характеристики феномена качества психического здоровья**

#### **3.3.1. Вводная информация**

В рассматриваемой проблематике, безусловно, значимыми являются вопросы нормативного (эволюционного) и форсированного – в рамках соответствующих профилактических, лечебных и реабилитационных программ – развития качественных характеристик психического здоровья. С учётом основополагающего контекста исследования разработка и масштабное внедрение инновационных технологий форсированного развития идентифицированных качественных характеристик призваны обеспечивать эффективное блокирование темпов распространения деструктивных социальных эпидемий, а также – повышение социальной эффективности в целом. Таким образом, технологические характеристики феномена качества психического здоровья являются важнейшим прагматическим компонентом рассматриваемой категории, обеспечивающим, в итоге, требуемый социальный результат.

Что касается универсальных мишеней для таких инновационных – помогающих и развивающих – технологий, то они были надёжно идентифицированы в ходе реализации второго – третьего фрагментов комплексного исследовательского проекта.

В четвёртом и пятом фрагментах комплексного исследовательского проекта внимание было обращено на разработку модели трёхуровневой развивающей коммуникации и процедуры психотехнического анализа помогающих и развивающих практик, в совокупности обеспечивающих искомую технологическую эффективность в отношении достижения высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья.

3.3.2. Так, в ходе выполнения четвёртого исследовательского фрагмента по разработке интегративного и эклектического направления профессиональной психотерапии нами была разработана модель трёхуровневой развивающей коммуникации, удовлетворяющая следующим необходимым требованиям:

– данная модель содержит аргументированное научное обоснование основного и наиболее востре-

буемого эффекта – возможности достижения значительных устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в отношении компенсации исходного и привносимого дефицита в сфере идентифицированных качественных характеристик психического здоровья, а также обоснование механизмов достижения искомого результата в ограниченные временные периоды, сопоставимые с продолжительностью стандартных профилактических и лечебно-реабилитационных программ;

– разработанная модель может эффективно использоваться как в отношении успешного прохождения универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды (работа с универсальными мишенями), так и с целью полноценного решения специфических психологических и иных проблем, возникающих у лиц с зависимостью и адаптационными нарушениями на различных этапах оказания профессиональной помощи (работа со специальными мишенями);

– уникальная особенность рассматриваемой модели состоит не только в возможностях создания на данной основе соответствующих профилактических и терапевтических инновационных технологий, существенно превосходящих по своей эффективности традиционные подходы, но главным образом в том (и это особенно важно с позиции охвата населения наиболее востребованными видами помощи), что основные механизмы трёхуровневой развивающей коммуникации при определённых условиях могут быть транслированы в традиционные развивающие технологии – тренинговые, консультативные, воспитательные, образовательные – с существенным повышением их эффективности. То есть, концепт трёхуровневой развивающей коммуникации может выполнять важнейшую функцию системообразующего технологического стержня в метамодели социальной психотерапии;

– все вышеназванные положения находят подтверждение в корректных экспериментах по определению сравнительной эффективности инновационных технологий, разработанных на основе рассматриваемой модели, и традиционно используемых профилактических и терапевтических подходов.

На основе интерпретации результатов, полученных в ходе многолетних исследований, были сформулированы следующие основные положения, характеризующие модель трёхуровневой развивающей коммуникации.

Известный тезис в отношении того, что большая часть информационных процессов протекает на внесознательном уровне и что «характернейшей особенностью неосознаваемых сфер психической деятельности являются возможности достижения того, что не может быть достигнуто при опоре на рациональный, логический, вербальный и поэтому осознаваемый опыт» (Л.С. Выготский, 1935) в нашем случае получил следующее развитие.

---

---

Скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации находятся в прямой зависимости от адаптационных режимов, в которых действуют внесознательные инстанции. Данные режимы представлены: 1) общими функциями – непрерывным тестированием среды на предмет определения базисной адаптационной стратегии (такое тестирование, обычно, происходит с использованием понятных дуальных критериев – опасно – безопасно, интересно – неинтересно и пр.); выбором оптимальной, по отношению к существующим условиям, адаптационной стратегии; генерацией соответствующих параметров импульсной активности сознания (нейрофизиологических характеристик активности мозга, имеющих отношение к режимам «жесткости – пластичности»); оперативной мобилизацией индивидуальных ресурсов – биологических, психологических, креативно-пластических – на эффективное достижение стратегических адаптационных целей; 2) базисными адаптационными стратегиями: репродуктивной адаптационной стратегией, направленной на продолжение рода и генерацию соответствующей физиологической и поведенческой активности; защитно-конфронтационной адаптационной стратегией, направленной на сохранение рода, ресурсы организма в этом случае мобилизуются на сопротивление, агрессию или бегство, обеспечивающих сохранение статус-кво (Я остаюсь тем, кем Я был); синергетической адаптационной стратегией, направленной на развитие индивида, достижение эффективных изменений (Я становлюсь тем, кем Я хочу быть), с мобилизацией ресурсов на достижение состояний гиперпластики. Последняя адаптационная стратегия и гиперпластический режим активности внесознательных инстанций представляются наиболее интересными и перспективными с позиции достижения востребованного профилактического либо терапевтического эффекта – достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в ограниченные временные периоды.

Содержательные характеристики синергетической стратегии внесознательных инстанций, наиболее востребованные в модели трёхуровневой развивающей коммуникации, следующие:

- *пластика Я.* С позиции темпорального принципа организации психических процессов, такая высокоинтегрированная, синтетическая система, как Я, понимаемая, в том числе, и как эпифеномен всех видов памяти субъекта, изначально предрасположена к активности в гиперпластическом режиме, что доказывается самой возможностью образования Я-феномена. Синергетический режим внесознательных инстанций актуализирует гиперпластический потенциал Я, вследствие чего появляется возможность терапевтической диссоциации личностного ядра субъекта, вовлечённого в данный процесс, по отношению к своим множественным компонентам: Я-функциям (Я-памяти, Я-мышлению, Я-поведению

и пр.); Я-свойствам (например, идентифицированным качественным характеристикам психического здоровья); Я-статусам (Я-ребенку, Я-родителю, Я-партнеру, Я-профессионалу и др.). Соответственно, вероятность эффективной трансформации тех диссоциированных компонентов психической активности субъекта, которые и являлись причиной появления адаптационных расстройств, существенно возрастает. С позиции всего вышесказанного особенно важной представляется возможность терапевтической трансформации и форсированного развития Я-свойств, обеспечивающих высокие уровни самоорганизации и устойчивости к агрессивному воздействию среды;

- *пластика времени.* В условиях синергетической активности внесознательных инстанций существенно облегчается возможность ретроспективных и проспективных перемещений во времени, достижения возрастной регрессии и прогрессии, эффективной проекции планируемых результатов в будущее. С позиции разрабатываемого нами подхода особенно важно, что за счёт механизмов временной пластичности могут эффективно решаться проблемы компенсации деструктивного варианта прохождения жизненных кризисов (по Э. Эриксону), выстраиваться конструктивные жизненные сценарии с их устойчивой проекцией в будущее, формироваться ресурсная метапозиция, характерная для зрелого человека;

- *пластика обстоятельств.* В условиях синергетической активности существует возможность терапевтической модификации актуальных жизненных обстоятельств субъекта – прошлых и ожидаемых будущих. Такая возможность реализуется за счёт акцентирования или усиления концентрации каких-либо значимых аспектов ситуации, удаления из ситуации травмирующих «шумовых» моментов, выхода за пределы ситуации с одновременным умалением степени её значимости – т.е. достижения ресурсной трансценденции – и др.;

- *пластика контекстов.* В условиях гиперпластического пространства трёхуровневой развивающей коммуникации существует возможность терапевтической трансформации негативно-эмоциональных, антиресурсных контекстов какой-либо настоящей, а с учётом потенциала временной пластичности – прошлой и будущей ситуации, в позитивно-эмоциональный ресурсный контекст, при сохранении событийного строя происходящего. То есть, речь идёт о том, что травматическую память, негативное восприятие настоящего и ожидание будущего можно перевести в полярно противоположные терапевтические контексты с одновременным форсированным развитием устойчивого ресурсного состояния, профилактирующего поисковое поведение субъекта, например, в сторону добывания адаптогенов ультрабыстрого действия;

- *множественная гиперпластика.* Данный феномен является интегративной содержательной

---

---

характеристикой синергетической стратегии внесознательных инстанций, обеспечивает высокую скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации, гиперпротекцию используемых структурированных технологий – психотерапевтических, консультативных, тренинговых, воспитательных, образовательных, высокую скорость конструктивных изменений субъекта в избранном направлении. Феномен множественной гиперпластики может быть обозначен как «разлитое» трансовое состояние изменённых характеристик импульсной активности сознания субъекта, для которого, в отличие от индуцированного транса, не характерен «увод» осознаваемого личностного ядра на периферию сознания. Напротив, уровень креативной активности данной инстанции психики субъекта здесь только лишь возрастает.

Гиперпластический статус субъекта, в данном случае, манифестирует спонтанно, вслед за переходом от защитно-конфронтационной базисной стратегии внесознательных инстанций к синергетической. То есть для формирования разлитого терапевтического транса не требуется реализации каких-либо структурированных технических приёмов, что является весьма важным обстоятельством в смысле возможности трансляции основных механизмов трёхуровневой коммуникации в наиболее распространённые развивающие практики. Такого рода «переключение» базисных адаптационных стратегий сопровождается характерными изменениями в моторной, вегетативной, эмоциональной сферах, которые могут быть адекватно интерпретированы (диагностированы) и восприняты как сигнал к использованию структурированных технологий. Вероятность достижения соответствующих конструктивных изменений у субъекта в этом случае существенно возрастает.

Однако наиболее важными признаками формирования разлитого терапевтического транса – с точки зрения последующей динамики развития – являются пластические изменения в сферах Я-мышления, Я-поведения, о чём можно судить по критической редукции таких форм поведения субъекта, которые традиционно обозначаются как «сопротивление» или «психологическая защита». С нашей точки зрения, данные поведенческие стереотипы представляют типичную атрибутику защитно-конфронтационной стратегии адаптации, которая закономерно редуцируется при переключении активности внесознательных инстанций на полярно противоположную синергетическую стратегию адаптации. Типичным признаком такой успешной редукции и переключения является возрастание уровня креативной активности субъекта.

Из всего вышесказанного следует, что основа множественной гиперпластики – главного условия, обеспечивающего скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации – есть управляемая адаптационная активность внесознательных

инстанций субъекта. Такого рода экологически выверенное управление обеспечивается специально разработанными метатехнологическими подходами, основу которых представляют специфические статусные характеристики фасилитатора (психотерапевта, консультанта, тренера, воспитателя) и определённые профессиональные навыки, «всегда присутствующие» в общем поле развивающей коммуникации. Далее, такая ресурсная метатехнологическая поддержка субъекта – в идеале – должна осуществляться на всех этапах кризисного варианта прохождения адаптивно-креативного цикла и эффективно сочетаться с макротехнологическими стратегиями переструктурирования данного цикла, а так же – используемыми структурированными технологиями.

Соответственно, нами были идентифицированы три уровня развивающей коммуникации, в совокупности обеспечивающих основной востребуемый эффект, – достижение значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у вовлечённого субъекта в ограниченные временные периоды: *макротехнологический*, имеющий отношение к построению вариантов стратегического оформления развивающей коммуникации; *метатехнологический* или глубинный, формируемый за счёт синергетической активности внесознательных инстанций; *структурно-технологический*, формируемый за счёт использования разработанного технологического арсенала соответствующих практик – психотерапии, консультативной психологии, социально-психологических тренингов, воспитания, образования.

В корректных экспериментах нами было показано, что за счёт полноценного использования потенциала каждого из обозначенных коммуникативных уровней в модифицированных помогающих и развивающих практиках (метамодель социальной психотерапии), существенно более эффективно решаются универсальные задачи по форсированному развитию качественных характеристик психического здоровья, а так же специфические проблемные ситуации субъекта.

3.3.2.1. Теоретической основой макротехнологического уровня развивающей коммуникации, как понятно из всего сказанного, является модель адаптивно-креативного цикла, на основании которой можно делать аргументированные заключения о стратегических направлениях соответствующих помогающих и развивающих практик, а также – о дифференцируемых этапах оформления коммуникации.

В содержательном плане характеристики макротехнологического уровня развивающей коммуникации представлены нижеследующими стратегиями: *лонгитюдными*, охватывающими весь терапевтический или развивающий цикл; *кросс-секционными*, сфокусированными на особенностях построения и прохождения этапов психотерапевтической сессии, тренинга или любой другой развивающей техноло-

---

---

гии; *когерентными*, рассматриваемыми варианты «стыковки» психотерапии с другими помогающими и развивающими практиками (консультативными, тренинговыми и пр.).

В представленном перечне, безусловно, приоритетными являются лонгитюдные стратегии социальной психотерапии, определяющие универсальные и специальные терапевтические цели, основные этапы и механизмы их достижения. Кросс-секционные и когерентные стратегии выстраиваются в соответствии с основополагающей лонгитюдной стратегией и носят, в основном, подчинённый характер. Критерии адекватности и полноты используемых терапевтических или развивающих стратегий являются здесь основными единицами психотехнического анализа.

Общим критерием эффективности оформления макротехнологического уровня развивающей коммуникации – используемым и для оценки эффективности используемой технологии в целом, – таким образом, является устанавливаемая степень соответствия с эволюционными требованиями, предъявляемыми к адаптивно-креативному циклу. В данном случае – с помощью инструмента шкалированного протокола психотехнического анализа или иного используемого инструмента – исследуется вопрос того, были ли достигнуты с помощью используемой технологии, – а если да, то в какой степени: 1) выигрыш во времени; 2) возрастание осмысленной самоорганизации в поведении субъекта; 3) рост креативного «выхода» в активности субъекта по отношению к проблемной ситуации. При этом понятно, что по второй и третьей позиции в приведённом перечне речь идёт о важнейших содержательных характеристиках качества психического здоровья.

3.3.2.2. Метатехнологический уровень развивающей коммуникации, как уже было сказано, выполняет важнейшую миссию обеспечения гиперпластики психических процессов у вовлечённого субъекта. Таким образом, появляются реальные возможности – формирования эффективного поведения субъекта в проблемной ситуации за счёт актуализации креативного потенциала, форсированного развития дефицитарных качественных характеристик психического здоровья, необходимой конструктивной трансформации адаптивно-креативного цикла – реализуемые в минимальные временные периоды. Что, собственно, и отличает профессиональную коммуникацию, используемую в метамодели социальной психотерапии, от традиционных подходов с акцентом только лишь на структурно-технологический уровень соответствующей коммуникативной активности.

В содержательном плане метатехнологический уровень развивающей коммуникации, во-первых, включает номинацию используемых метатехнологий – диагностических и конструктивистских; во-вторых – характеристики полноты и адекватности основных метатехнологий в кросс-секционной стратегии оформления дифференцированных этапов от-

дельной терапевтической, консультативной, тренинговой или иной развивающей коммуникации; и, в-третьих – номинацию универсальных механизмов, в совокупности обеспечивающих искомый функциональный результат используемых технологий.

Все три вышеприведённых содержательных компонента метатехнологического уровня являются единицами психотехнического анализа, определяющими специфические индикаторы эффективности развивающей коммуникации. Что же касается общего критерия эффективности рассматриваемого уровня, то здесь имеются в виду те же степени соответствия эволюционным требованиям к адаптивно-креативному циклу. Особый акцент в данном случае делается лишь на позицию обеспечения временного выигрыша, соответствие которой является определяемой функциональной сутью метатехнологического коммуникативного уровня. При этом, так же как и по предыдущему параметру макротехнологического уровня, возможно определение весового вклада рассматриваемого метатехнологического уровня в обеспечение результирующего технологического эффекта.

3.3.2.3. Структурно-технологический уровень развивающей коммуникации ориентирован с одной стороны, на эффективное решение актуальной для субъекта проблемной ситуации, а с другой – не всегда афишируемой – на достижение универсальных целей терапевтического или иного развивающего процесса, сформулированных в соответствии с многочисленными концептами психологических и психотерапевтических направлений и школ. С нашей точки зрения, такой универсальной мишенью для кластера структурированных психотерапевтических техник являются дефицитарные уровни развития психологических свойств, обеспечивающих устойчивость и возможность конструктивной адаптации субъекта в агрессивной среде. Планируемым «идеальным» результатом здесь, соответственно, является эффективное разрешение проблемной ситуации, заявляемой субъектом, а также – достижение приемлемого уровня развития упомянутых свойств – такого, который обеспечивает эффективную самоорганизацию, устойчивое развитие, высокие уровни качества жизни и социального функционирования субъекта, даже, и в условиях агрессивной среды.

Что касается содержательной стороны структурно-технологического уровня развивающей коммуникации, то в наибольшей степени такие характеристики определены для технологии профессиональной психотерапии. Однако в разработанной организационной метамодели социальной психотерапии именно эти идентифицированные характеристики структурно-технологического уровня и являются наиболее значимыми в смысле обеспечения общего результата, и с минимальной коррекцией могут быть перенесены на другие используемые консультативные, и тренинговые технологии.

---

---

Так, в соответствие с полученными нами результатами, можно утверждать, что практически важной содержательной характеристикой здесь является достижение функциональной целостности общего технологического проекта, соответствующего специфике терапевтического запроса субъекта и характеру выдвигаемых универсальных мишеней. В связи с этим, принципы и смыслы дифференциации исходного состояния субъекта на адекватные структурные компоненты – мишени, подлежащие затем терапевтической трансформации, как и сами способы такого рода трансформации, должны быть поняты и приняты субъектом. И, конечно, данная схема должна быть абсолютно понятной специалисту-психотерапевту и обеспечиваться его профессиональными кондициями. Таким образом, определяемые мишени структурно-технологического коммуникативного уровня, с оговоренными условиями и динамикой их терапевтической трансформации – как раз и есть важнейшая зона «стыковки» терапевтических маршрутов, которые с этого времени объединяются и приобретают статус согласованной программы терапевтических изменений со всеми шансами на её успешную реализацию.

Однако именно то обстоятельство, что общий технологический проект является «точкой сборки» идентифицируемых макротехнологических, метатехнологических, структурно-технологических мишеней, стратегий и технологий, простираемых – в идеале – с соблюдением экологически выверенных принципов, и затрудняет выведение единиц психотехнического анализа, определение «весовых» критериев эффективности рассматриваемого уровня.

Так, например, следует обратить внимание на наличие функциональной двойственности, как в идентифицируемых специальных мишенях, так и структурированных техниках, используемых для работы с данными мишенями. Речь идёт о том, что даже и в этих основных конструктах, формирующих структурно-технологический уровень терапевтической коммуникации, возможно выделение универсальных и специальных функциональных аспектов. Дифференцированный анализ этих аспектов весьма важен как с точки зрения комплексной оценки эффективности терапевтического процесса, так и в отношении установления истинного объёма технологических расхождений основных психотерапевтических моделей и методов. Проведённые нами исследования показывают, что любые специальные психотерапевтические мишени – например, деформированная система отношений, ценностей, чрезмерные эмоциональные реакции, искажённые когнитивные схемы, неприемлемые поведенческие стереотипы, психофизиологические симптомы, воспринимаемые как болезнь, и многие другие – помимо того, что они соотносятся с конкретными лицами и обстоятельствами, т.е. имеют собственный генез (специальный функциональный аспект) – с полным основа-

нием могут быть определены как информационные структуры с общим признаком «принадлежности» к энтропийному полюсу активности психики субъекта (универсальный функциональный аспект). Как мы помним, характеристиками информационных рамок, в которых функционирует субъект в доминанте данного полюса, являются такие качества, как стереотипность, зависимость, ригидность. Что, собственно, и объясняет феномен относительной устойчивости состояний, которые определяются нами как варианты патологической адаптации и являются поводом для обращения к специалисту-психотерапевту или психологу. Далее, было показано, что даже и в традиционно выстраиваемых структурно-технологических схемах почти всегда присутствует обращённость технических действий к специальному и универсальному аспектам идентифицируемых мишеней. Так, например, почти во всех востребованных модальностях и методах профессиональной психотерапии признаётся важность и необходимость квалифицированной работы с такими феноменами, как «психологическая защита», «сопротивление» и пр. В связи с этим основной вектор и последовательность технических действий в «школьных» моделях психотерапии выстраиваются таким образом, чтобы эти «препятствия» преодолевались за счёт специального блока технических действий. При том, что собственно терапевтический эффект достигается за счёт другого основного блока, ориентированного на разрешение актуального проблемного состояния. Кроме того, в структуре почти каждой техники-процедуры, используемой для работы со специальными мишенями, можно отследить известный 3-ходовый компонент диссоциации – трансформации – интеграции, так или иначе адресуемый к универсальной мишени метатехнологического уровня, связанной с достижением тотальной гиперпластики у вовлечённого субъекта. Разница с традиционными подходами, в нашем случае, заключается в том, что последние технические задачи соответствующим образом интерпретируются и выводятся на макротехнологический и метатехнологический коммуникативные уровни, осмысленное использование потенциала которых обеспечивает существенное повышение эффективности психотерапевтического процесса в целом и сокращение временных затрат на его реализацию.

Таким образом, основными единицами психотехнического анализа собственно структурно-технологического уровня – в настоящем фрагменте, психотерапевтической коммуникации – является динамика трансформации структурируемых мишеней, достигаемая за счёт использования специфических технических кластеров. Данный тезис следует принимать с учётом того обстоятельства, что идентификация таких мишеней, так или иначе имеющих отношение к личной истории вовлечённого субъекта, в существенно большей степени связана со «школьной» историей подготовки специалиста. Вследствие

---

---

чего, именно этот структурно-технологический уровень психотехнического анализа оформляется согласно традициям конкретной психотерапевтической или психологической школы. Так называемые общетерапевтические факторы, имеющие отношение к характеристикам статуса клиента, терапевта и системе устанавливаемых терапевтических отношений, и столь же произвольно формулируемые в контексте разнообразных «школьных» идеологий, сюда не включаются, поскольку в корректных экспериментах и процедурах агрегации была доказана их принадлежность к идентифицированным единицам психотехнического анализа макротехнологического и метатехнологического коммуникативных уровней.

Далее, понятно, что оценка весового «вклада» используемых структурированных техник в объёме общего терапевтического эффекта может производиться только лишь на основе комплексного анализа индикативной динамики всех трёх коммуникативных уровней, дополняемых сравнительным анализом эффективности альтернативного структурно-технологического подхода в сопоставимых клиентских группах. Это единственный путь определения истинной – т.е., сравнительной – эффективности множества используемых психотерапевтических и иных помогающих и развивающих методов, технологий и структурированных техник.

Сказанное, вовсе не означает, что на основании такого анализа сравнительной эффективности используемых технологий следует «отменить» множество не вполне эффективных вариантов построения терапевтического или развивающего процесса, реализуемого на структурно-технологическом коммуникативном уровне. Напротив, с точки зрения синергетического научного подхода, наличие такого множества существенно облегчает генерацию альтернатив и разработку инновационного инструментария совладания вовлечённого субъекта с проблемной ситуацией, предусмотренных в соответствующих фазах адаптивно-креативного цикла.

3.3.3. Психотехнический анализ психотерапевтического либо иного помогающего или развивающего процесса есть весьма эффективный инструмент исследования соответствующего вида помощи, средство осмысления психотерапевтического, консультативного или иного развивающего опыта (Ф.Е. Васильюк, 1992). Компоненты психотехнического анализа, так или иначе, представлены в методологическом основании всех основных инструментов развития современной психотерапии и консультирования – практике построения психотехнических теорий; процедурах клинико-психотерапевтического анализа, интервизии, супервизии, проведения балинтовских групп.

Наиболее ценным аспектом психотехнического анализа является возможность аргументированного прояснения того, за счёт каких именно технологических подходов достигается планируемый резуль-

тат в процессе профессиональной помощи субъекту или группе; или, наоборот, вследствие каких именно технологических просчётов и ошибок такого результата получить не удалось. Усложнённый вариант психотехнического анализа используется в исследовательской практике с целью определения сравнительной эффективности помогающих и развивающих технологий. Использование данного инструмента повышает эффективность комплексного эпистемологического анализа множества психотехнических теорий, проясняя вопрос их сущностного (предметного) сходства или отличия.

Рабочей базой психотехнического анализа являются универсальные оценочные параметры и единицы (определяемая совокупность учитываемых признаков); разработанные варианты шкалирования производимых оценок; разработанная методология проведения такого анализа в рутинной практике и в исследовательских целях.

Сложность и неоднозначность подходов к разработке общей методологии психотехнического анализа в сфере помогающих и развивающих практик – как показывают наши исследования – связана с дефицитом системных представлений и конвенциональных критериев, в частности, в отношении того, что считать основными параметрами и единицами такого анализа.

3.3.3.1. В нашем случае, такого рода сложности преодолеваются за счёт устранения системного дефицита в рассматриваемой сфере, а так же – выведения аргументированных и научно-обоснованных принципов разработки, и реализации рабочей базы психотехнического анализа на основании проведенных комплексных исследований.

В соответствии с данными принципами методология психотехнического анализа используемых в метамодели социальной психотерапии помогающих и развивающих практик:

- является обязательным функциональным атрибутом и одновременно одним из главных продуктов базисной исследовательской программы, реализуемой в сфере исследования феномена качества психического здоровья, разработки общей теории психотерапии и метамодели социальной психотерапии;

- главные компоненты психотехнического анализа должны быть ориентированы на стержневые положения концепции качества психического здоровья, в частности – на разработанные варианты прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла. Таким образом, должна обеспечиваться системная целостность этой общей методологии, способствующей повышению качества оказываемой профильной помощи;

- универсальные и специальные индикативные шкалы, являющиеся основными инструментами рассматриваемой оценочной системы, должны точно соответствовать и ясно демонстрировать степень выраженности факторов, обеспечивающих эффек-

---

---

тивность психотехнического – помогающего или развивающего – процесса с позиций основополагающих, и подтвердивших свою дееспособность по результатам реализации соответствующих фрагментов базисной исследовательской программы, концептов трёхуровневой развивающей коммуникации;

– в соответствии с предыдущим пунктом, рассматриваемая оценочная система должна быть представлена такими универсальными и специальными индикаторами, которые: 1) чётко сформулированы, аргументированы и интерпретированы; 2) доступны наблюдению и измерению; 3) распределяются на такие градации, как «промежуточные» и «конечные» – т.е., относимые к процессу и результату соответствующего вмешательства; 4) доступны анализу, в том числе предусматривающему процедуру агрегации исследуемых признаков в обобщённый системный фактор, а также – дифференциации такого общего фактора на его составляющие там, где это возможно и необходимо; 5) как универсальная, так и специфическая совокупность таких индикаторов – в идеале – должна быть представлена в двух вариантах, используемых для исследовательской и рутинной практики оценки эффективности соответствующего психотехнического вмешательства;

– далее, рассматриваемая методология психотехнического анализа должна предусматривать и чётко прописывать процедуры: *многовекторного сбора измеряемой информации* (вовлечённый субъект, при необходимости его родные и близкие, терапевт или иной фасилитатор, супервизор – здесь выступают в качестве основных источников профильной информации); её *документирования на первичных носителях* (стандартных протоколах, отчетах, анкетах, специальных исследовательских картах); *многомерного анализа* (экспертной оценки; статико-математического анализа, используемого для исследования сравнительной эффективности апробируемого метода в однородных клиентских группах с последующим разложением и интерпретацией полученных результатов по исследуемым векторам эффективности – в зависимости от конкретной задачи проводимой оценки); *документирования результатов такого анализа в стандартных протоколах*;

– методология психотехнического анализа, используемая в исследовательской практике, должна предусматривать возможность соотнесения собственно психотехнических характеристик процесса профильной помощи с другими так называемыми «объективными» параметрическими рядами, характеризующими особенности состояния субъекта в ходе его продвижения по универсальному адаптивно-креативному циклу – нейрофизиологическими, нейроэндокринными, биохимическими, иммунологическими, экспериментально-психологическими, клиничко-психологическими, социально-психологическими, и, возможно, иными параметрами;

– основной промежуточный и ожидаемый результат разработки и внедрения методологии психотехнического анализа помогающих и развивающих практик, используемых в метамодели социальной психотерапии, заключается в возможности создании адекватного механизма управлением качества профильной помощи. Такой механизм, во-первых, должен предусматривать более или менее постоянный мониторинг качества психического здоровья населения, а так же – качества оказываемых в этой сфере услуг, во-вторых, здесь возможно использование стандартов помогающих и развивающих технологий, разработанных на основании оценки эффективности имеющегося арсенала помогающих и развивающих практик;

– прикладной промежуточный результат разработки и совершенствования методологии психотехнического анализа помогающих и развивающих практик заключается в том, что на её основе может и должна быть разработана специальная компьютерная программа профессионального самотестирования и самообучения, доступная для каждого заинтересованного специалиста и способная существенно повысить его профессиональную эффективность;

– главный итоговый результат должен отслеживаться в позитивной динамике совокупных индикаторов качества социального психического здоровья в охватываемых группах населения.

3.3.3.2. Основными исследуемыми параметрами в разработанной нами методологии психотехнического анализа, таким образом, являются – макротехнологический, метатехнологический и структурно-технологический ряды трёхуровневой развивающей коммуникации.

Универсальными единицами анализа по параметру макротехнологического коммуникативного уровня являются лонгитюдные стратегии психотехнического процесса со следующими характеристиками адекватности и полноты их использования.

*Лонгитюдные макротехнологические стратегии* дифференцируются по вариантам прохождения кризисной волны адаптивно-креативного цикла:

– вариант, ориентированный на повышение мотивации к участию в психотерапевтической, консультативной, тренинговой или комплексной реабилитационной программе, и далее – на эффективное прохождение всех стадий помогающего или развивающего процесса, структурированного по схеме Д. Прохазка, К. ДиКлементе (1992). Акцент здесь делается на экологически выверенное, форсированное прохождение выделяемых этими авторами мотивационных стадий: 1-3 – предразмышления, размышления, подготовки. В то же время подчёркивается значение и таких стадий, как 5 – сохранения результатов, 6 – стабилизации, часто выпадающих из поля зрения исследователей и профессионалов-практиков. Все эти стадии распределяются по соответствующим этапам и фазам адаптивно-креативного цикла, и в



---

---

случае такой необходимости учитываются при оценке эффективности психотехнического процесса. Рассматриваемый вариант лонгитюдной макротехнологической стратегии особенно актуален для лиц с признаками патологической зависимости, для которых проблема формирования устойчивой мотивации на освобождение от зависимости и сохранение достигнутого результата является определяющей. В связи со всем сказанным, временной форматом помогающих и развивающих практик, выстраиваемых в соответствии с вышеописанным вариантом лонгитюдной макротехнологической стратегии, определяется как «континуальный», т.е., продолжающийся неопределённо долгое время (Ю.В. Валентик, 1993). В случае психотерапевтической или комплексной реабилитационной работы с зависимыми лицами, а также с лицами, страдающими достаточно тяжёлыми хроническими соматическими и психическими заболеваниями, такой подход абсолютно оправдан и является, по нашим данным, наиболее оптимальным вариантом обеспечения устойчивого результата. Соответственно основными, но, конечно, не единственными структурно-технологическими кластерами, используемыми в контексте обсуждаемого варианта, являются технологии мотивационного консультирования, ресурсно-ориентированной психотерапии;

– вариант, ориентированный на преодоление препятствий к «запуску» естественного алгоритма прохождения клиентом кризисной волны адаптивно-креативного цикла. В контексте данной макротехнологической стратегии основной акцент делается на: форсирование развития первичного ресурсного состояния у клиента, критическую редукцию проявлений синдрома деморализации, блокирующих естественный алгоритм прохождения адаптивно-креативного цикла; решение актуальных для субъекта проблемных ситуаций. В поле особого внимания психотерапевта, консультанта или иного фасилитатора, таким образом, оказываются фазы – с четвёртой по девятую – адаптивно-креативного цикла, которые по времени и функциональному содержанию, в основном, совпадают со стадией действий (4) в схеме мотивационных изменений по Д. Прохазка, К. ДиКлементе, а также с такими общетерапевтическими механизмами в известной схеме К. Гравэ (1997), как «мобилизация ресурсов», «компетентия в совладании». Рассматриваемый вариант лонгитюдной макротехнологической стратегии актуален для лиц, обладающих достаточно высоким ресурсным потенциалом, но в силу разных причин оказавшихся в зоне «ресурсного провала» с признаками синдрома деморализации перед лицом актуальных для них проблемных ситуаций. По материалам проведённых мета-анализов и по результатам наших собственных исследований – из общего потока лиц, обращающихся на первичный психотерапевтический или консультативный приём, доля таких лиц составляет до 60%. Данную, достаточно чётко очерчиваемую и много-

численную категорию клиентов следует дифференцировать от другой категории лиц, оказавшихся в ситуации тяжёлого дистресса по причине катастрофических событий. Последняя группа сравнительно немногочисленна и требует особого стратегического подхода. Временной формат профессиональной помощи, оказываемой обратившимся лицам, – при наличии соответствующего контекста – составляет 1-3 терапевтических сессий и обозначается нами как экспресс-психотерапия (А.Л. Катков, 2011). По нашим данным, этого времени, как правило, достаточно для достижения целей и решения задач, выстраиваемых в соответствии с клиентским запросом. Более того, экспресс-формат профессиональной психотерапевтической помощи, как уже было сказано, в максимальной степени соответствует наиболее востребованному психотерапевтическому эффекту, и устраняет закономерность высокого – до 60% – отсева клиентов после первой терапевтической сессии. Ибо, по результатам репрезентативных опросов, основная причина данного факта заключается в существенном улучшении состояния клиентов после первой встречи со специалистом и появлении отчётливых перспектив конструктивного разрешения проблемной ситуации, даже и в том случае, когда эти перспективы не обсуждались. Другие причины – такие как нехватка средств, несоответствие ожиданиям, разочарование в специалисте и пр. – занимают не более 15-17% в общем перечне. Здесь же проясняются и обстоятельства «потрясающего» успеха парапрофессионалов, занимающих свыше 90% общего рынка психотехнологий и выигрывающих в конкуренции с профессионально подготовленными специалистами – психотерапевтами, консультирующими психологами и пр., – за счёт более полного соответствия основному клиентскому запросу. Рассматриваемый вариант лонгитюдной макротехнологической стратегии ни в коем случае не должен квалифицироваться как «ущербный» в отношении возможностей формирования устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиента, в связи с тем, что в контексте обсуждаемой стратегии возможны: 1) использование так называемых техник-окон, раскрывающихся в обе стороны – универсальных и специальных психотерапевтических целей; 2) использование специальных кросс-секционных стратегий построения этапов психотерапевтической коммуникации с переформированием и переносом акцента на актуализацию универсальных психотерапевтических целей, с реальной возможностью их достижения; 3) использование специальных когерентных стратегий – в случае появления соответствующего дополнительного запроса у клиента – с добавлением к реализуемому экспресс-терапевтическому формату тематического функционального тренинга. Далее понятно, что основными техническими кластерами рассматриваемой лонгитюдной стратегии являются структурированные техники экспресс-психотерапии;

---

---

– вариант, ориентированный как на расширение ресурсных возможностей клиента при прохождении им «кризисной волны» адаптивно-креативного цикла, так и на достижение устойчивого ресурсного состояния, позволяющего эффективно профилировать возникновение адаптационных кризисов в будущем. В общем контексте данной макротехнологической стратегии приоритетными являются как универсальные, так и специальные цели развивающей коммуникации. Однако основной акцент делается на форсированное развитие личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни самоорганизации, формирование устойчивых ресурсных состояний, повышение качества жизни и социального функционирования субъекта в условиях агрессивной среды. В поле внимания специалиста, в данном случае, находятся практически все значимые фазы адаптивно-креативного цикла (что, в целом, соответствует полному набору общих терапевтических механизмов по К. Гравэ, и стадиям мотивационных изменений в схеме Д. Прохазка, К. ДиКлементе). Данный вариант лонгитюдной макротехнологической стратегии предназначен для лиц со сформированным – изначально или в ходе первых профессиональных занятий – дифференцированным запросом на достижение универсальных целей развивающей коммуникации. Другими предрасполагающими обстоятельствами являются соответствующие бюджеты времени и средств, которыми располагают клиенты. Временной формат профессиональной помощи, оказываемой данной группе клиентов (по нашим сведениям, объём такой группы может достигать 15% от общего числа клиентов, обратившихся на первичный приём), составляет от 10 до 30 профессиональных сессий. То есть, речь, даже и в этом случае, идёт в основном о краткосрочных и среднесрочных форматах профессиональной помощи. В контексте обсуждаемой макротехнологической лонгитюдной стратегии соответственно используются все востребованные структурно-технологические кластеры профильной помощи, используемой в мета-модели социальной психотерапии;

– вариант, ориентированный на оказание кризисной психотерапевтической помощи лицам, пережившим или переживающим катастрофические события. В данном случае речь идёт о пациентах, состояние которых классифицируется шифрами 43.0 (острая реакция на стресс); 43.1 (посттравматическое стрессовое расстройство) в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Такое состояние характеризуется как острое или затяжное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц в ответ на исключительный физический или психологический стресс, ситуацию угрожающего или катастрофического характера. Необходимость оформления специальной макротехнологической стратегии связана с тем обстоятельством, что в данном случае весьма часто

имеет место сочетание почти полной блокады адаптивно-креативного цикла с «застреванием» в его первой фазе. В ходе чего, непрерывное тестирование ситуации в системе дуальных критериев – «опасно – безопасно», «комфортно – дискомфортно» – подтверждает катастрофическое развитие событий и способствует генерации шоковых реакций, с «обрушением» главного компонента устойчивого ресурсного статуса субъекта – позитивного жизненного сценария. Это последнее обстоятельство, даже и в случае самостоятельного преодоления субъектом «охранительного» шокового ступора и продвижения ко второй фазе адаптивно-креативного цикла – осознания проблемной ситуации, может усугубить и растянуть во времени переживание тяжёлого кризисного пика с понятными последствиями для здоровья и жизни клиента. Таким образом, перед специалистами, действующими в сфере оказания кризисной психотерапевтической помощи, встанёт ряд непростых задач по обеспечению ресурсной поддержки, существенная и наиболее сложная часть которых «располагается» в первых двух фазах адаптивно-креативного цикла, а другая, не менее важная, охватывает фазы с третьей по десятую. При прохождении этой последней части, особый акцент делается на девятой фазе адаптивно-креативного цикла, в ходе чего реконструируются несущие жизненные смыслы, и достигается восстановление устойчивых ресурсных кондиций. Соответственно, временные форматы рассматриваемой лонгитюдной макротехнологической стратегии могут реализоваться в достаточно широком диапазоне в зависимости от приоритетных задач – от экспресс-терапевтических до среднесрочных и долгосрочных. Определяющим критерием здесь, как и во всех других случаях, являются особенности статуса и характера запроса клиента. Оказание кризисной профессиональной помощи, особенно в ходе прохождения первых этапов адаптивно-креативного цикла, предполагает использование структурно-технологических кластеров профессиональной психотерапии или психологического консультирования, разработанных специально для этих целей. Далее, как специфическую особенность данного стратегического варианта, следует отметить существенно более высокую интенсивность и значительные объёмы оказываемой профильной помощи, особенно в сензитивный период, когда воздействие психотравмирующих факторов можно считать максимальным.

Далее, универсальными единицами анализа по параметру макротехнологического коммуникативного уровня являются кросс-секционные стратегии оформления психотехнического процесса со следующими характеристиками адекватности и полноты их использования.

*Кросс-секционные макротехнологические стратегии, определяющие последовательность и особенности прохождения этапов трёхуровневой развива-*

---

---

ющей коммуникации, выстраиваются в соответствии с вариантами лонгитюдных макротехнологических стратегий. В связи с этим определяются: базисный вариант кросс-секционных макротехнологических стратегий, функциональная структура которого используется в ходе реализации всех вышеприведённых лонгитюдных макротехнологий; вариант, ориентированный на экспресс-психотерапевтические подходы; вариант, ориентированный на достижение универсальных целей трёхуровневой развивающей коммуникации.

Основные содержательные характеристики идентифицированных вариантов кросс-секционных макротехнологических стратегий следующие.

Базисный вариант кросс-секционной макротехнологической стратегии, используемый в основном в психотерапевтической и консультативной практике, является «краеугольной» моделью развивающей коммуникации, аккумулирующей, систематизирующей и проясняющей характер взаимодействия так называемых, общетерапевтических факторов и структурированных технологических приёмов. И далее, такой базисный вариант полностью проясняет возможность достижения главного и наиболее востребованного эффекта – максимальных конструктивных изменений за минимальные временные периоды. Весьма ценным, в данном случае, является то обстоятельство, что таким образом демонстрируется суть синергетического взаимодействия макротехнологических, метатехнологических и структурно-технологических коммуникативных уровней, в совокупности обеспечивающих искомый результат, но так же и возможность определения «всового» вклада каждого дифференцируемого компонента. В связи со сказанным, основными содержательными компонентами рассматриваемого варианта является последовательность этапов оформления психотерапевтической коммуникации, макротехнологические цели и метатехнологические задачи каждого этапа, а также метатехнологическое обеспечение гиперпротекции структурированных технических действий. Так, в приведённом базисном варианте нами рассматривается шесть этапов построения психотерапевтической сессии: установления контакта; диагностический этап; этап разработки индивидуального проекта терапии; этап реализации избранного проекта терапии; этап оценки достигнутого результата; этап завершения терапевтической сессии. Соответствующее содержание каждого из вышеперечисленных этапов выглядит следующим образом:

1) этап установления контакта: макротехнологическая цель – установление доверительных терапевтических отношений, проговаривание и оформление терапевтического контракта (если такая процедура предусмотрена в соответствующей психотерапевтической технологии). Главная метатехнологическая задача данного этапа – активизация синергети-

ческой стратегии внесознательных инстанций клиента, актуализация глубинного уровня и соответствующих универсальных механизмов, обеспечивающих гиперпластическое состояние клиента. Основные метатехнологии, с помощью которых выполняется данная важнейшая задача, следующие: Я-техника; обсуждение, принятие правил безопасности, постоянное вербальное и невербальное подкрепление безопасности клиента; позитивное подкрепление активности, демонстрация искреннего интереса к клиенту (активное слушание, демонстрация уважения к позиции клиента, проявление эмпатии); идентификация клиента с ресурсным статусом терапевта; фиксация момента перехода от защитно-конфронтационной к синергетической адаптационной стратегии внесознательных инстанций клиента. Критерии успешности прохождения данного этапа – сброс напряжения, отчётливая редукция защитных реакций, реакций сопротивления и других проявлений неосознанной защитно-конфронтационной стратегии; появление и развитие признаков формирования первичного ресурсного состояния клиента. Вклад данного стартового этапа в достижение общих целей терапевтической сессии, в связи со сказанным, представляется более чем значительным. Степень «проективного» влияния на все последующие этапы психотерапевтической коммуникации – существенная, а метатехнологическая нагрузка – максимальная. Далее следует иметь в виду, что усилия по углублению и расширению терапевтического контакта должны прилагаться, а соответствующие метатехнологии – использоваться на протяжении всей терапевтической сессии.

2) диагностический этап: макротехнологическая цель данного этапа, по мере возможности, точная идентификация, полная инвентаризация проблемной ситуации клиента; определение таких особенностей личности, понимания и отношения к проблемной ситуации, которые обозначаются как «личный миф» клиента. Главная метатехнологическая задача рассматриваемого этапа – это подготовка основных терапевтических эффектов и программы их манифестации в виде согласованного сценария конструктивных изменений. То есть, на данном «участке» психотерапевтической сессии осуществляется активное продвижение от 4-й к 5-й фазе адаптивно-креативного цикла, закономерно сопровождающееся ростом креативной активности клиента, умножением числа выдвигаемых им альтернатив, почти моментальным усвоением и осмыслением неявно предлагаемых альтернатив того же плана. Основные метатехнологии, привносимые на рассматриваемом этапе терапевтической сессии: позитивное подкрепление креативной активности клиента; скрытая коррекция эмоционального опыта, когнитивного репертуара и стереотипных поведенческих реакций за счёт неявных, невербальных стимулов или «подсказок», осуществляемых в ходе проводимой диагностики; под-

---

---

чёркнутое внимание и позитивное подкрепление попыток клиента уже на этом этапе простроить «макеты» альтернативных реакций и форм поведения в проблемной ситуации, а также репрезентации данной ситуации в целом. Критериями успешности прохождения данного этапа является «отработанность» двух первых механизмов общетерапевтических изменений в схеме К. Гравэ – прояснения и коррекции значения того, что происходит с клиентом; актуализации подлинной проблемы (в ходе чего, как правило, наблюдается наращивание характеристик первичного ресурсного статуса клиента; ибо, сам по себе, переход от состояния неопределенности, связанной с проблемной ситуацией, – к определённости, связанной с появлением перспектив её решения, почти всегда сопровождается такого рода динамикой); а также появление отчётливых признаков вхождения клиента в 6-ю фазу адаптивно-креативного цикла. Как понятно из всего сказанного, рассматриваемый фрагмент сессии подготавливает основные и наиболее востребованные терапевтические эффекты, т.е. – в нашем случае – несёт весомую терапевтическую, а не только диагностическую нагрузку.

3) этап разработки индивидуального проекта терапии: макротехнологическая цель данного этапа – выведение ключевых характеристик терапевтического алгоритма: исходное состояние клиента → желаемое состояние → индивидуальный проект психотерапии. Главная метатехнологическая задача – обеспечение пика креативной активности клиента, с формированием экологически выверенной программы терапевтических изменений, реализуемой в ходе настоящей сессии и, возможно, за её пределами. На данном этапе оформления терапевтической сессии – в идеале – имеет место достижение максимальной креативной активности клиента в ходе прохождения им 5-7-ой фаз адаптивно-креативного цикла, сопровождающееся «растворением» стереотипов, гиперпластическим ресурсным состоянием клиента. При решении данной актуальной задачи особенно активно используются следующие метатехнологии: постоянное позитивное подкрепление креативной активности клиента; стимуляция процесса генерации клиентом конструктивных альтернатив стереотипным представлениям, реакциям, поведению в проблемной ситуации; фиксация «утвердительных» сигналов внесознательных инстанций в отношении выдвигаемых диагностических версий и проектов терапии; формирование соответствующих позитивных ожиданий в отношении избранного проекта терапии. Критериями успешности прохождения рассматриваемого этапа являются высокая степень личной активности клиента, признаки успешной «отработки» третьего общетерапевтического механизма в схеме К. Гравэ – эффективной мобилизации ресурсов. Рассматриваемый этап терапевтической сессии, связанный с генерацией и «утверждением» индивидуального проекта терапии, наряду со следу-

ющим этапом, несёт основную терапевтическую – метатехнологическую нагрузку, поскольку именно в ходе конструирования стыковочного сценария на «внутреннем плане» клиента происходит его многократное проигрывание с выстраиванием алгоритмов проявления желаемых терапевтических эффектов. Здесь, очевидно, уместно напомнить, что выдающиеся теоретики и практики психотерапии Д. Франк и Д. Мармор как раз и имели в виду описанный механизм формирования стыковочного сценария терапевтических изменений, когда заявляли об универсальной терапевтической значимости таких факторов, как «согласованный терапевтический ритуал» и, с некоторыми оговорками, «скрытое внушение».

4) этап реализации избранного проекта терапии: макротехнологическая цель данного этапа – чёткая и последовательная реализация определённых на предыдущем этапе структурированных технических действий с получением планируемого промежуточного либо конечного (в случае, если психотерапевтическая сессия проводится в экспресс режиме) результата. Главная метатехнологическая задача – обеспечение гиперпротекции используемых структурированных психотерапевтических техник всем имеющимся ассортиментом метатехнологий. В основном это поддержка гиперпластического статуса, постоянное и акцентированное позитивное подкрепление активности клиента и достигаемых промежуточных терапевтических эффектов после каждого законченного технического действия (если таковая последовательность предусмотрена в избранном терапевтическом проекте), а также деликатная обратная связь в том случае, если необходима какая-либо коррекция в продвижении клиента к планируемому результату. В ходе реализации рассматриваемого фрагмента терапевтической сессии, при акцентированной или дистанционной ресурсной поддержке психотерапевта, клиент осуществляет переход к 8-ой и 9-ой фазам адаптивно-креативного цикла. Таким образом, осуществляется переструктурирование интрасубъективных, интересубъективных и субъект-объектных отношений, информационных планов и установок, ведущее к обновлённым, существенно более высоким и устойчивым уровням адаптации клиента. Критериями успешного прохождения рассматриваемого этапа являются наблюдаемые факты соответствия непосредственных реакций и общей динамики статуса клиента – ожиданиям и планируемыми результатами проекта терапии, что свидетельствует об успешной реализации четвёртого общетерапевтического механизма в схеме К. Гравэ – компетенции в совладании. Рассматриваемый этап, по крайней мере, с точки зрения клиента, является наиболее активной и действенной частью терапевтического процесса. Однако специалистом-терапевтом данный фрагмент психотерапевтической сессии может восприниматься и как «преьера спектакля», который тщательно готовился на предшествующих «репетициях». В любом

---

---

---

---

случае вклад данного этапа в обеспечении общего результата терапевтической сессии, особенно с учётом проективных (т.е. обращённых в будущее клиента) последствий, следует рассматривать как наиболее значимый, а уровень сложности реализации – как наиболее высокий.

5) этап оценки достигнутого результата: макротехнологическая цель данного этапа заключается в отслеживании непосредственного результата терапевтической сессии и получении дифференцированной оценки в отношении достижения заявляемых терапевтических целей по вербальным и невербальным сигналам клиента. Главная метатехнологическая задача состоит в подкреплении ресурсного статуса клиента и придании ему устойчивости, закреплении развивающей модели поведения в сложных ситуациях. Основными метатехнологическими инструментами здесь являются: фиксация, обсуждение и позитивное подкрепление промежуточных или общих результатов, достигнутых в ходе проведения терапевтической сессии, с акцентом на рост самооценки клиента; формирование и позитивное подкрепление оптимистических сценариев последующего прохождения терапии (при наличии таких планов), либо решения актуальных жизненных задач (при завершении терапевтической работы). То есть, имеет место укрепление клиента в новой для него ресурсной метапозиции и подготовка к успешной реализации усвоенных форм адаптивного поведения, соответствующих периоду перехода от 9-й к 10-й фазе адаптивно-креативного цикла. Особенностью данного форсированного варианта прохождения «кризисной волны» адаптивно-креативного цикла является то обстоятельство, что клиент в рассматриваемой переходной фазе продолжает пребывать в гиперпластическом состоянии, необходимом для адекватной генерации и усвоения перспективных стыковочных сценариев. Критериями успешности прохождения рассматриваемого этапа психотерапевтической сессии является укрепление ресурсного статуса клиента, повышение его самооценки и наличие позитивных сценариев будущего. В целом следует отметить существенную терапевтическую нагрузку и заметный вклад обсуждаемого этапа в обеспечение устойчивости и развития общего терапевтического результата.

6) этап завершения терапевтической сессии: макротехнологическая цель данного этапа заключается в принятии согласованного решения о завершении либо продлении терапии в последующих психотерапевтических сессиях, обсуждении возможных вариантов сотрудничества терапевта с клиентом в дальнейшем. Главная метатехнологическая задача данного этапа – укрепление и проекция ресурсного статуса клиента в будущее. Основные метатехнологии, с помощью которых решается данная задача, здесь следующие: акцентированный возврат авторства терапевтического проекта клиенту; повышение

самооценки; позитивное подкрепление способностей клиента к самоорганизации; проекция достигнутого результата в будущее; позитивное подкрепление сформированного на предыдущем этапе, оптимистического сценария будущего. Таким образом, даже и этот заключительный этап является нагруженным в плане метатехнологической терапии. В целом данный фрагмент терапевтической сессии, как и предыдущий, соответствует реализации 9-ой и 10-ой фаз адаптивно-креативного цикла. Критериями успешности прохождения данного этапа являются: наличие чувства завершённости, деятельностного удовлетворения и ясной конструктивной перспективы у клиента, существенное повышение его самооценки, полная редукция синдрома деморализации, а также другие признаки перехода в устойчивое ресурсное состояние.

Вышеприведённая последовательность и краткое описание основных этапов базисного варианта кросс-секционных макротехнологических стратегий профессиональной психотерапии должны быть дополнены следующим комментарием. Как понятно из всего сказанного, границы между дифференцируемыми этапами весьма условные, цели, задачи, а также кластеры используемых технологий предшествующих этапов в том или ином виде «присутствуют» и на последующих этапах оформления психотерапевтической сессии, выполняя функцию базисной метатехнологической поддержки. Таким образом, имеет место, скорее параллельное сосуществование, чем последовательное «включение-выключение» рассмотренных фрагментов терапевтической сессии с их активным синергетическим взаимодействием.

Также понятно, что такой идентифицируемый некоторыми авторами этап прохождения психотерапевтической сессии как «почти обязательное изменение состояния сознания клиента» в нашем случае не занимает какого-то определённого «места» или временного интервала в общей структуре сессии, но охватывает практически весь период терапевтической коммуникации, обеспечивая гиперпластический статус клиента и возможность достижения востребованного психотерапевтического эффекта. При этом – особо подчеркнём это важное обстоятельство – осознаваемая личность клиента ни в коем случае не удаляется на периферию психической активности, а, наоборот, функционирует в энергичном креативном режиме. Интерпретация и обоснование необходимости такой диалогизированной активности основных инстанций психики субъекта при прохождении им «кризисных волн» адаптивно-креативного цикла даны нами в предшествующих подразделах. Более того, есть основания полагать, что эти специфические для психотерапевтического процесса особенности первичного ресурсного состояния клиента и ресурсного статуса психотерапевта (Я-техника, запускающая процесс идентификации клиента с ресурсным статусом терапевта и актуализирующая

---

---

глубинный уровень психотерапевтической коммуникации) как раз и являются необходимым условием манифестации феноменов «особого понимания», «проникновения в глубинные смыслы переживаний и высказываний клиента и терапевта», столь часто цитируемых и приводимых в качестве специфического содержания психотерапии представителями феноменолого-герменевтического подхода (А. Прицц, Х. Тойфельхарт, 1999). О сходных феноменах, связанных с переживанием «внутреннего потока, общего для клиента и терапевта», говорил и автор гуманистического направления в психотерапии К. Роджерс (1952), интерпретируя появление таких переживаний, как свидетельство эффективности терапевтического процесса.

Ещё один комментарий касается того вполне очевидного обстоятельства, что приведённые последовательность и содержательные характеристики этапов коммуникативной активности (ориентированные, в основном, на экспресс-терапевтический формат) безусловно учитываются при оформлении любых других стратегических вариантов реализации помогающих и развивающих практик, и, в конечном итоге, обеспечивают их эффективность.

Следующий вариант кросс-секционной стратегии построения помогающих и развивающих практик, ориентированный на достижение универсальных целей, среднесрочные или долгосрочные временные форматы, реализуется, в основном, при выявлении неприемлемого риска в отношении развития повторных адаптационных расстройств или вовлечения в деструктивную зависимость. Такие риски, обычно, связаны с дефицитом определённых качественных характеристик индивидуального психического здоровья, выявляемым при соответствующем тестировании, но так же имеют значение и показания к долгосрочной, континуальной психотерапии или консультированию, о которых было сказано ранее.

В наиболее распространённых случаях, когда речь идёт о выходе психотехнического процесса за пределы экспресс-формата (чаще, в режим краткосрочной терапии и консультирования), общая структура построения такого процесса повторяет базисный кросс-секционный вариант макротехнологической стратегии, с той разницей, что прохождение этапов – со второго по четвёртый – здесь занимает существенно более длительный период времени.

В более сложных случаях, когда речь идёт о необходимости продолжительной работы с универсальными мишенями, а мотивация клиента на достижение абстрактных для него целей по формированию высоких уровней качества психического здоровья – неочевидна, базисная кросс-секционная стратегия должна предусматривать включение специальных мотивационных технологий на каждом дифференцируемом этапе. Так, например, существуют возможности построения психотерапевтических или консультативных сессий с использованием специаль-

ной мотивационной технологии 5-уровневого инсайта. При этом актуальная проблема, заявляемая клиентом, ни в коем случае не игнорируется. Напротив, в продолжение первых сессий работа ведётся с акцентом на эффективное достижение специальных целей психотерапии или консультирования. Иначе говорить о формировании какой-либо устойчивой мотивации на прохождение сравнительно более длительных курсов вряд ли возможно. В ходе следующих сессий имеет место продолжение углубленного диагностического процесса, но уже не на уровне сбора информации по идентификации, инвентаризации актуальной проблемной ситуации, а в виде продвижения по «лестнице» инсайтов (что, тем не менее, означает возврат к диагностическому этапу и возобновление терапевтического или консультативного цикла). Рассматриваемые – в контексте обсуждаемой стратегии – уровни инсайтов сами по себе не отличаются особой новизной в смысле содержательных характеристик. Так, первые три уровня инсайтов полностью повторяют наиболее растраженный классический вариант: осознание зависимости дезадаптивной реакции от ситуации, личностных особенностей клиента, а также условий, в которых эти особенности были сформированы. В нашем случае, внимание клиента обращается на то, что все перечисленные уровни, так или иначе, обращены в прошлое и проясняют глубинные причины появления соответствующих дискомфортных переживаний и состояний. Следующие два уровня инсайтов, наоборот, обращены в будущее и связаны во-первых – с ясным осознанием факта того, что имеющийся адаптационный дискомфорт – есть проблема развития, а во-вторых – осознанием того обстоятельства, что существует вполне реальная возможность овладения универсальным «инструментом» переключения скорости адаптационного процесса, которая обеспечивается высоким уровнем развития определённых психологических свойств и выводимым отсюда устойчивым ресурсным состоянием клиента. Продвижение по такой мотивационной «лестнице» способствует ускоренному формированию обновлённого целостного и лишённого травматического контекста восприятия переживаемого или уже пережитого кризиса. Теперь эти события могут быть интерпретированы как урок, который должен быть усвоен, а позитивные результаты этого урока будут улучшать жизнь клиента в будущем. Таким образом, два последних уровня инсайтов способствуют эффективному прохождению клиентом девятой фазы адаптивно-креативного цикла, связанной с реструктуризацией адаптивных норм.

В случае отсутствия актуального запроса у клиента, при наличии очевидной, объективно подтверждённой необходимости, например, коррекции имеющихся рисков или признаков вовлечения в деструктивную зависимость, акцент делается на использование специальных мотивационных технологий в

---

---

период прохождения первых трёх фаз адаптивно-креативного цикла.

*Когерентные стратегические макротехнологии* рассматривают возможности эффективного сочетания:

– экспресс-терапевтических, краткосрочных или среднесрочных форматов психотерапии или консультирования, проводимых в рамках единого цикла. По сути, речь здесь идёт о преемственности этапов первичной – ориентированной на решение актуальных проблем клиента, и специализированной – акцентированной на достижение универсальных целей профессиональной помощи, в большинстве случаев оказываемой одним и тем же специалистом. Достаточно подробно особенности такого сочетания были обсуждены в предыдущем подразделе. Главной конструкцией, объединяющей оба этапа профессиональной помощи, в данном случае является индивидуальный психотехнический проект, изменённый и модифицированный в соответствии с обновляемым запросом клиента. В этом случае, обновляется так же и контракт на оказание профессиональной помощи, если таковой заключался в преддверии терапевтического или консультативного процесса. При соблюдении всех вышеприведённых условий процесс развития конструктивных изменений у клиента не теряет своих качественных характеристик и набранных темпов;

– сочетания психотерапии и консультирования с другими развивающими практиками (чаще, тематическими тренингами). Здесь следует сказать, что многими известными исследователями тренинговый компонент не выводился, а наоборот, включался в общие рамки психотерапевтического процесса. Так, например, Д. Франк (1991) считал, что одним из унифицированных аспектов психотерапии является «приобретение и отработывание новых паттернов поведения». Ещё более определённо в этом смысле высказался С. Гарфилд (1992), указывая на то, что «механизмы изменений при любых подходах уходят корнями, в том числе и в тренинг навыков». Между тем экспресс-форматы и форматы краткосрочной психотерапии, и консультирования – наиболее востребованные в современном мире – не оставляют возможностей для полноценной реализации данного развивающего компонента. Результаты проведённых нами исследований по апробации сочетания экспресс-психотерапии и развивающих тренинговых технологий показывают, что такого рода сочетание уместно и эффективно при следующих условиях: 1) наличии сформированных на этапе прохождения экспресс-психотерапии чётких осмысленных целей и задач, высоких уровней мотивации по формированию устойчивых ресурсных состояний, надёжно профилирующих появление деструктивных кризисных волн в жизни клиента; 2) трансляции модели трёхуровневой развивающей коммуникации на этап прохождения тренинговых технологий с адекватной метатехнологической поддерж-

кой активности клиента; 3) в связи с тем, что программу функционального тренинга, с некоторыми оговорками, можно считать возвратом на четвёртый этап структурного оформления психотерапевтического процесса – реализации избранного проекта терапии – завершение тренинговой программы должно предусматривать прохождение всех последующих этапов терапевтической сессии с интенсивным использованием соответствующих метатехнологий; 4) с учётом того обстоятельства, что экспресс-психотерапия реализуется в индивидуальном, а последующий функциональный тренинг – в групповом формате, клиент должен быть предупреждён и по мере возможности подготовлен к работе в групповом тренинговом формате; соответственно, важным моментом является установление синергетических доверительных отношений в группе уже на фазе вхождения в тренинговое пространство; 5) клиенту и терапевту должен быть понятен прагматический смысл продолжения работы в формате группового тренинга, в частности, факт того, что скорость и качество достижения результата здесь, как минимум, не страдают, а могут и существенно возрасти – за счёт включения механизмов групповой синергии;

– сочетания психотерапии и консультирования с так называемыми, отсроченными или поддерживающими формами терапевтической работы. Такие формы обозначаются как «клубные встречи», «поддерживающие встречи» и пр., и не так уж редко встречаются в практике деятельности психотерапевтических и консультативных кабинетов, и центров, заботящихся о поддержании, и расширении клиентской базы. При этом весьма часто высказывается аргументированное мнение, что такого рода отсроченная терапевтическая поддержка желательна не только определённой клиентской группе – в силу имеющихся у них состояний зависимости, хронических психических и соматических заболеваний, но так же – и для поддержания высоких уровней качества жизни и социального функционирования и в других группах клиентов (Д. Прохазка, Д. Норкросс, 2005). Наши исследования показывают, что такого рода сочетание: 1) имеет свою специфику, отражённую, в частности, в целях, задачах и результатах комплексной практики, не равной и не сводящейся к долговременным психотерапевтическим форматам; 2) несмотря на то, что здесь, как правило, аннотируется формат «клубных встреч», по сути, речь идёт о позитивном подкреплении долговременных сценариев развития, которые являются продолжением индивидуальных проектов терапии. Поэтому особенно важно, чтобы и эти встречи проходили в режиме трёхуровневой психотерапевтической коммуникации с соответствующим метатехнологическим сопровождением; 3) технологическая специфика отсроченных и поддерживающих форм работы, таким образом, заключается в неявном возврате на 5-й этап оформления психотерапевтической коммуникации –

---

---

оценки достигнутого результата – и продолжении движения по уже описанному алгоритму с акцентом на позитивное подкрепление активности клиента, «укоренении» конструктивных сценарных планов и других компонентов «необъявленной» ресурсно-ориентированной психотерапии; 4) в случае желаний группы клиентов обсудить имеющиеся сложности в реализации долговременных сценариев развития формат работы таким же неявным образом может «перетекать» в оформление групповой терапевтической сессии, проводимой с акцентированным подкреплением синергетического взаимодействия участников и актуализацией других механизмов терапевтической групповой динамики; 5) практически важным моментом в организации и проведении таких отсроченных форм терапевтической работы является осознаваемый факт того, что терапевт, таким образом, выполняет взятые на себя функции дистанционной экологически ориентированной референтной группы, оценивающей результаты продвижения клиента к намеченным целям. В связи с этим важно, чтобы все варианты отсроченной терапевтической поддержки проводились, по возможности, теми профессионалами, которые участвовали в базисном терапевтическом процессе и которые освоили специфику отсроченной терапевтической помощи.

Все вышеприведённые стратегии – универсальные единицы психотехнического анализа по параметру макротехнологического уровня развивающей коммуникации – оцениваются по специальным шкалам. Такая оценка является важнейшим промежуточным индикатором технологической состоятельности процесса форсированного развития качественных характеристик психического здоровья.

Краткое описание единиц психотехнического анализа, дифференцируемых по метатехнологическому параметру, включает номинацию основных метатехнологий и универсальных механизмов, обеспечивающих гиперпротекцию структурированных техник (позиция сочетания кросс-секционных макротехнологических стратегий и метатехнологий, используемых на каждом этапе оформления терапевтической или консультативной коммуникации, рассматривалась в предыдущем подразделе).

По результатам проведённого исследования нами была отмечена особая значимость следующих метатехнологических характеристик, имеющих отношение к главному и наиболее востребованному результату – достижению максимальных конструктивных и продолжающихся изменений в минимальное время.

Конструктивистские метатехнологии, имеющие непосредственное отношение к формированию гиперпластического статуса вовлечённого субъекта.

*Я-техника.* Здесь имеется в виду эффективное сочетание особых ресурсных характеристик специалиста и проработанного личностного статуса «Я-профессионал», активизирующихся в ходе реализации терапевтической или развивающей коммуника-

ции. Соответственно, специалист во-первых должен находиться в устойчивом ресурсном состоянии, которое обеспечивается высоким уровнем развития у него качественных характеристик психического здоровья, и которое даёт ему возможность чувствовать себя достаточно уверенно и свободно в условиях агрессивной информационной среды. Далее, в ходе реализации терапевтической, консультативной или иной развивающей практики, специалист должен находиться в особом (первичном) ресурсном состоянии, предполагающем наличие доминирующей синергетической стратегии внесознательных инстанций; метапозиции, открытой к изменениям; наличие особого «диалогизированного» режима активности сознания, позволяющего с одной стороны, быть заинтересованным участником диалога с вовлечённым субъектом, а с другой – внимательно отслеживать динамику соответствующих изменений. Особый ресурсный статус специалиста является мощным стимулом для переключения защитно-конфронтационной базисной стратегии адаптации вовлечённого субъекта на синергетическую, с перспективами развития феномена тотальной гиперпластики. Таким образом, клиент в форсированном режиме приобретает весьма важные для него характеристики первичного ресурсного состояния, и ещё на этапе установления контакта и диагностическом этапе трёхуровневой развивающей коммуникации он может почувствовать, что ситуация в отношении заявляемых им проблем кардинально изменилась. То, что из метапозиции доминирования защитно-конфронтационной стратегии адаптации (наиболее вероятного исходного антиресурсного статуса клиента) представлялось «тупиковым, сложным или неподъёмным» – из полярно противоположной метапозиции ассимилированных характеристик ресурсного статуса специалиста, «вдруг», предстаёт в совершенно ином свете – перспективным и вполне решаемым. Такое, порой, весьма драматическое изменение в статусе клиента свидетельствует о переходе с этапа адаптационного напряжения на этап актуализации креативного потенциала в дифференцируемой периодике адаптивно-креативного цикла. Далее, безусловно, важным компонентом описываемой метатехнологии являются характеристики проработанного личностного статуса «Я-профессионал». В принципе, такие характеристики могут быть обозначены как «безусловная профессиональная компетентность» в расширенном понимании данного термина либо как совокупность специфических характеристик, указываемых в базисных руководствах (например, таких как: полноценная профессиональная подготовка; высокая профессиональная компетентность; знание и владение основными методами психотерапии, консультирования, другой помогающей или развивающей практики; наличие и виртуозное владение собственным стилем психотерапии или консультирования; способность к импровизации;



---

---

специфичность и конкретность в работе; проработанная философия, целостный подход к оказываемой помощи; переносимость фрустрации, терпение; терапевтическая подлинность, искренность, отсутствие скрытых мотивов; вера в собственную возможность помочь клиенту; позитивные ожидания от процесса терапии, консультирования; способность получать удовлетворение от собственной практики и пр.). Ещё один подход, чаще используемый в практике супервизии, связан с возможностью «разложения» понятия профессиональной компетентности на составляющие. Так, например, С.Н. Кулаковым (2002) называется около тридцати таких характеристик, представляющих общую компетентность специалиста-психотерапевта, являющихся предметом профессиональной супервизии. Наша позиция по этому вопросу заключается в том, что при несомненной важности дифференцированных характеристик, всё же главным здесь является «надсистемный» эффект профессиональной уверенности, привносящий свою весомую лепту в ресурсный статус специалиста. Столь же важными, обобщенными характеристиками по данному компоненту являются осознанная дифференциация и умение своевременно актуализировать проработанный личностный статус «Я-профессионал», который в совокупности с акцентированным ресурсным состоянием и обеспечивает активизацию универсальных механизмов трёхуровневой развивающей коммуникации. То есть, учитываемыми признаками, в нашем случае, являются именно эти агрегированные характеристики профессионального статуса специалиста. При выявлении слабости такого агрегированного признака степень дефицитарности каждой из упомянутых множественных характеристик профессиональной оснащённости специалиста может быть оценена в соответствующей супервизорской практике, а «весовой» вклад в общий результат – определён в корректных исследовательских программах.

*Постоянное – вербальное и невербальное – подкрепление безопасности клиента.* Специалист, в данном случае, демонстрирует открытую метапозицию, спокойный интерес к клиенту, эмпатию, «дистанционную сердечность» – в эмоциональной сфере; понимание и уважение к занимаемой позиции и оценочным суждениям клиента – в собственно коммуникативной сфере; наличие «успокаивающих», «присоединяющих» и «стимулирующих к открытому диалогу» жестов – в сфере моторной активности. Специалист заявляет клиенту о полной конфиденциальности, озвучиваемой в ходе терапевтической коммуникации информации (при групповом формате занятий такое решение, с подачи ведущего, принимает терапевтическая группа). При появлении в поведении клиента даже незначительных намёков на сопротивление, специалист должен подтвердить условия полной безопасности, например, напоминанием о праве клиента сообщать лишь то, чем он дей-

ствительно хочет поделиться, и что эта информация в любом случае будет полностью конфиденциальной. Как правило, после такого подтверждения активности клиента существенно возрастает. Далее, следует иметь в виду, что в отсутствие акцентированного ресурсного статуса и конгруэнтной активности специалиста, выражающейся в соответствии вербального и невербального поведения (например, в случае напряжения и неуверенности терапевта на первых этапах построения развивающей коммуникации) рассматриваемая метатеchnология не эффективна. Внесознательные инстанции клиента, выполняющие функции «детектора правды», считывают сигнал о доминирующем защитно-конфронтационном статусе специалиста и мобилизуют психику на ответные сопротивление и защиту. Понятно, что клиент, в данном случае, двигается в полярно противоположную – от гиперпластического полюса быстрых изменений – сторону.

*Постоянное – вербальное и невербальное – подкрепление креативной активности клиента.* Здесь имеются в виду особый интерес, одобрительные мимические реакции, жесты и слова-междометия, продемонстрированные и сказанные специалистом в особо важный сензитивный период первых осторожных шагов клиента в сторону развития. Что, как правило, свидетельствует о манифестации очень важного для клиента перехода от защитно-конфронтационного антиресурсного статуса – к синергетическому. Именно в этот период и далее, по ходу развёртывания следующих этапов и фаз прохождения адаптивно-креативного цикла, позитивная метатеchnологическая поддержка со стороны значимой фигуры специалиста выполняет функцию катализаторов креативной активности клиента, подкрепляет синергетическую доминанту активности его внесознательных инстанций, придаёт устойчивость формируемому ресурсному статусу. Рассматриваемая метатеchnология адекватно работает лишь в случае активности первого и второго рассматриваемых метафакторов, особенно – «Я-техники», за счёт чего, собственно, и формируется особая значимость фигуры фалиситатора-терапевта.

*Формирование и подкрепление стыковочных сценариев желаемых конструктивных изменений.* Под термином «стыковочный сценарий» в данном случае подразумевается специальная программа конструктивных изменений вовлечённого субъекта, привязываемая к определённой последовательности структурированных технических действий и оформляемая – в идеале – как «неявный» возврат клиенту его собственных сценарно-проработанных ожиданий от проекта терапии или любой другой развивающей коммуникации. Обязательными условиями успешного оформления стыковочного сценария являются: адекватная детализация конструктивных ожиданий клиента от соответствующего терапевтического или развивающего процесса; формирование

---

---

множественной гиперпластики; совместное обсуждение последовательности структурированных технических действий с проговариванием того, какие именно желательные эффекты будет вызывать то или иное техническое действие; отслеживание невербальных реакций клиента, свидетельствующих об «утверждении» программы проговариваемых терапевтических изменений внесознательными инстанциями психики клиента. В этом случае с известной долей уверенности можно ожидать, что программа конструктивных изменений будет воспроизведена в ходе последовательной и чёткой реализации оговоренных структурированных технических действий. Что, собственно, и является основным механизмом гиперпротекции структурированных техник, реализуемых в условиях множественной гиперпластики. При этом важно помнить, что рассматриваемая метатехнология может быть успешно воспроизведена лишь в условиях синергетической активности всех выше обозначенных метафакторов.

*Формирование и укрепление перспективного сценария продолжающихся конструктивных изменений.* В данном случае речь идёт о тех же самых механизмах оформления соответствующего стыковочного сценария, привязываемого к значимым компонентам конструктивного жизненного сценария. Последний формируется за счёт использования специальных структурированных психотерапевтических или тренинговых техник. Выстраиваемая программа продолжающихся конструктивных изменений содержит характеристики ресурсной достаточности субъекта, возможности его функционирования в креативно-пластическом режиме, возможности ненавязчивого «присутствия» специалиста в виртуальном психологическом пространстве субъекта в качестве позитивной референтной группы, подкрепляемые оптимистическими ожиданиями и уверенностью специалиста в успешном достижении клиентом важных жизненных целей. Работа с перспективными стыковочными сценариями должна проводиться на пике креативно-пластической активности и позитивных переживаний клиента в отношении только что полученных и в полной мере осознанных результатов терапевтической сессии или иной развивающей коммуникации. Такого рода результаты гораздо лучше любых других вербальных аргументов убеждают клиента в возможности успешного решения сложных жизненных проблем, формируют уверенность в себе, повышают самооценку. Пик гиперпластической активности клиента является наиболее выигрышным контекстом для осуществления скрытой временной прогрессии и трансляции программы успешного преодоления каких-либо проблемных ситуаций в перспективу ближайшего и отдаленного будущего.

Диагностические метатехнологии, имеющие отношение к управляемой активности внесознательных инстанций вовлечённого субъекта, следующие.

*Постоянное отслеживание и оценка характеристик базисной адаптационной стратегии внесознательных инстанций клиента.* Внешние параметры, характеризующие базисную активность внесознательных инстанций, должны находиться в зоне постоянного внимания специалиста. При этом особое значение имеет момент фиксации перехода от защитно-конфронтационной стратегии к синергетической, с формированием множественной гиперпластики – необходимого компонента для оформления соответствующих стыковочных сценариев и успешной реализации структурированных технических действий в модели трёхуровневой развивающей коммуникации.

*Отслеживание и фиксация ключевых невербальных сигналов.* Такого рода утвердительные либо отрицательные сигналы, генерируемые внесознательными инстанциями клиента, отслеживаются в отношении: выдвигаемых диагностических версий, проясняющих значение того, что происходит с субъектом в его проблемном поле; проекта структурированных технических действий, обеспечивающих ожидаемый результат; актуального и перспективного стыковочных сценариев. При этом в зависимости от характера отслеживаемых сигналов, принимается решение о реализации какой-либо избранной последовательности структурированных технических действий с высокой вероятностью достижения ожидаемого результата.

Далее, в качестве основных единиц психотехнического анализа по параметру метатехнологического коммуникативного уровня нами были определены следующие универсальные механизмы, проясняющие суть глубинной адаптационной трансформации регуляторных систем вовлечённого субъекта, и обеспечивающие – в итоге – максимальный конструктивный результат в минимальные временные периоды.

*Идентификация клиента с ресурсным статусом специалиста и ассимиляция характеристик открытой (мобилизованной на изменения) метапозиции.* Здесь речь идёт о таком, достаточно известном феномене, обозначаемом в специальной литературе, как «присоединение». Однако в нашем случае, имеется в виду, во-первых, присоединение вовлечённого субъекта к ресурсному статусу специалиста (а не наоборот, как это рекомендуется в некоторых руководствах), а, во-вторых – манифестация данного процесса за счёт управляемой синергетической активности внесознательных инстанций клиента. Наличие стартовых ресурсных изменений в статусе клиента, определяемое с использованием диагностических метатехнологий, в данном случае, свидетельствует о манифестации важных глубинных изменениях в регуляторных системах организма, которые – на пике своего развития – и обеспечивают наиболее востребованный эффект развивающей коммуникации.

*Перевод охранно-конфронтационной базисной стратегии адаптации клиента в синергетическую.*

---

---

Этот ключевой, с точки зрения преодоления состояния деморализации и, соответственно, достижения высоких темпов конструктивных изменений, переход так же фиксируется с помощью диагностических метатехнологий. Наличие ясных подтверждающих сигналов здесь свидетельствует о состоятельности используемых специалистом конструктивистских метатехнологий, то есть, успешном выполнении им главного условия запуска «маховика» конструктивных изменений у клиента – трёхуровневой развивающей коммуникации.

*Манифестация глубинного уровня развивающей коммуникации и форсированное развитие феномена тотальной гиперпластики.* Включение данного механизма – третьего звена в цепи глубинной, адаптационной трансформации – свидетельствует о достижении вовлечённым субъектом, так называемого первичного ресурсного состояния. С этой ресурсной позиции состояние деморализации преодолевается клиентом сравнительно легко. Соответственно, в кризисной динамике прохождения адаптивно-креативного цикла клиент осуществляет важнейшее продвижение с этапа адаптационного напряжения на этап актуализации креативного потенциала.

*Гиперпротекция структурированных технических действий.* Данный – четвёртый – механизм завершает последовательность ключевых моментов глубинной адаптационной трансформации и, в свою очередь, является неким «мостом» от метатехнологического к структурно-технологическому уровню развивающей коммуникации. В сущности, функциональное обозначение данного механизма прямо говорит о том, что именно с этого момента выстраиваемые, с учётом потребностей и предпочтений клиента, терапевтические, консультативные или иные развивающие программы будут поддерживаться глубинными синергетическими механизмами и иметь максимальные шансы на успех.

Что касается дифференцируемых единиц психотехнического анализа по параметру структурно-технологического уровня развивающей коммуникации, то, как уже было сказано, такие единицы определяются в соответствии с установленными «школьными» традициями психотерапии, консультирования или иных помогающих и развивающих практик. И, вместе с тем, вопрос корректной научно-обоснованной идентификации именно этих структурно-технологических единиц анализа и, тем более, выяснения их подлинного «весового» вклада в достижение общего результата развивающей коммуникации является наиболее сложным. Основные причины такого положения заключаются в том, что почти каждый авторский вариант помогающих и развивающих практик включает технический кластер, в котором, в той или иной степени, присутствуют конструкты всех трёх уровней развивающей коммуникации, без каких-либо попыток их аргументированной дифференциации. То есть, единицы собственно структурно-тех-

нологического уровня здесь нужно ещё и определять с помощью прикладного инструментария технологии психотехнического анализа – разработанных критериев принадлежности к соответствующему уровню развивающей коммуникации. И вторая сложность заключается в наличии почти необозримого множества признаков, которые, в принципе, можно учитывать в процедуре психотехнического анализа по параметру структурно-технологического уровня, а так же – сложному параметру сочетания этих признаков с универсальными единицами макротехнологического и метатехнологического уровней. Так, например, в известном тезисе С. Patterson (1987) утверждается, что для общего представления об учитываемом количестве признаков, предварительно, необходимы: 1) таксономия проблем или психологических расстройств пациента, 2) таксономия личностей пациентов/клиентов, 3) таксономия используемых психотерапевтических, консультативных или иных техник, 4) таксономия специалистов, 5) таксономия обстоятельств. И далее, в частности, в отношении профессиональной психотерапии говорится, что: «...если бы мы создали такие системы классификации, то практические проблемы были бы непреодолимы. Допустим, что пять перечисленных классов переменных содержат по десять признаков, тогда исследовательский проект потребует изучения 10 x 10 x 10 x 10 x 10, или 100000 комбинаций элементов. Из чего следует вывод, что нам не нужны сложные анализы множества переменных и нам следует отказаться от попыток точного изучения психотерапии, ибо это просто невозможно...».

Первая сложность, в нашем случае, преодолевается за счёт применения следующих аргументированных критериев отнесения используемых технологий к дифференцируемым уровням развивающей коммуникации. Термин «макротехнологии» понимается здесь как совокупность психотехнических стратегий с их основными компонентами (стратегическими установками, планами с конкретизацией в виде универсальных и специальных целей, выводимых отсюда задач, планируемых результатов и пр.), используемых с общей целью расширения ресурсных возможностей клиентов при прохождении им кризисных волн адаптивно-креативного цикла. Термин «метатехнологии» определяется нами как состояние и профессиональное поведение специалиста-психотерапевта, обеспечивающее актуализацию глубинного уровня развивающей коммуникации и гиперпротекцию используемых структурированных техник. Что же касается понятия «структурированная техника», то данное понятие, по данным специальной литературы и по данным наших собственных исследований 2001-2010 гг., может быть представлено следующими дефинициями: 1) *техника-метод* – содержание данного термина включает всю последовательность психотехнических действий, выстраи-

---

---

ваемых на основании определённых теоретических представлений); 2) *техника-методика* – в данном случае имеется в виду последовательность технических действий, необходимых для достижения определённых целей; 3) *техника-процедура* – последовательность технических действий, ведущих к определённому промежуточному результату, планируемому в ходе определенного фрагмента терапевтической или консультативной сессии; 4) *техника-манипуляция* – определённый элемент или цикл элементов законченного технического действия, направленного на достижение определённого эффекта. При этом большинство авторов согласно с тем, что само понятие «техника», в данном случае, следует определять как структурированные действия (поведение) специалиста с целью развития соответствующих, оговоренных и желаемых изменений в состоянии и поведении клиента.

Что же касается второй сложности, то единственным утверждением в приведённом высказывании С. Patterson, с которым можно согласиться, является его вывод о том, что даже и в исследовательском варианте проведения процедуры психотехнического анализа не всегда нужны (а, по большей части, и вовсе не нужны) сверхсложные конфигурации множества переменных. Ибо, на сегодняшний день совершенно понятно, что каких-то абсолютно простых и однозначных, так же как и предельно-сложных переменных, и вообще абсолютно дискретных понятий, которыми оперируют, в том числе, и серьёзные исследователи, попросту не существует. Так, например, будто бы простое и используемое в медицинских исследованиях понятие «симптом», при ближайшем рассмотрении нередко оказывается довольно сложным конгломератом различных характеристик. В то же время – и этот факт хорошо известен в общей теории систем – сложные самоорганизованные конструкции в процессе взаимодействия с другими такими же системами «ведут себя» достаточно просто, адресуя всю сложную проблематику на подсистемные уровни организации и взаимодействия. Таким же образом, единицы психотехнического анализа, определяемые как индикативные характеристики измеряемых параметров (переменных), и даже сами эти переменные при определённых условиях могут «складываться» в агрегированные ряды или, наоборот, «раскладываться» на первичные составляющие, в зависимости от требований, предъявляемых к таким измерительным системам, уровня проводимого исследования и особенностей его предметной сферы. Главным здесь является степень соответствия этих первичных или агрегированных показателей критериям, принятым в системе кодифицированных знаний. С точки зрения современной науки, используемые показатели измерения какого-либо избранного параметра и сами эти параметры – есть результат некоей конвенции, выстроенной на основании разделяемых дисциплинарно-коммуника-

тивным сообществом критериев их дееспособности. Основным таким конвенциональным критерием является доказанная, в результате соответствующего анализа, разрешающая способность используемых параметров в отношении исследуемого эффекта системы, состояние которой он характеризует.

Так, например, в проведённых нами исследованиях была определена разрешающая способность параметров, характеризующих скорость прохождения субъектом соответствующих этапов и фаз адаптивно-креативного цикла, по отношению к общим – макротехнологическим и метатехнологическим – факторам, а так же – их сочетания с учитываемыми структурно-технологическими факторами, в совокупности обеспечивающими эффективность экспресс-психотерапевтического вмешательства. В результате чего был установлен приемлемый уровень агрегации исследуемых признаков, а так же обеспечена их трансформация в адекватные системы индикаторов и далее – в универсальные единицы, используемые при оценке эффективности психотехнического вмешательства. В частности, последовательный статико-математический анализ, проводимый в отношении общих факторов эффективности экспресс-психотерапевтического процесса на предмет выявления возможности их адекватной агрегации (анализировалась совокупность из 141 такого фактора, идентифицированных по разным источникам), показал, во-первых, возможность сведения различных классификаций (всего рассматривалось 10 таких классификаций) в функциональные группы (12) и блоки (5). И далее было показано, что из рассматриваемой первичной совокупности факторов наибольшим весомым значением в обеспечении скорости достижения искомого результата обладают факторы, прямо способствующие редукции проявлений состояния деморализации у клиента (по Д. Франку, 1991), а так же, факторы, способствующие формированию высокого уровня мотивации на достижение желаемого результата в начале терапевтического процесса и его сохранения или даже развития – в его завершении (по схеме Д. Прохазка, К. ДиКлементе, Д. Норкросс, 2005). Однако и эти системы вполне ранжируемых и измеряемых факторов, интерпретируемые как условия актуализации синергетической адаптационной стратегии внесознательных инстанций, в конечном итоге находили своё выражение в особом феномене гиперпластического статуса клиента. То есть, такого же ранжируемого состояния клиента, которое является предпоследним звеном в обеспечении главного и наиболее востребованного психотерапевтического эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов (пациентов) в ограниченные временные периоды. И далее, в качестве последнего такого звена выступала обеспечиваемая гиперпластическим статусом клиента, с одной стороны, адекватным и приемлемым для кли-

---

---

---

---

ента структурированным проектом терапии – с другой стороны, возможность сверхбыстрого усвоения клиентом новых адаптивных форм психической активности. Последнее обстоятельство, с нашей точки зрения, иллюстрировало факт прохождения клиентом ключевой – седьмой – фазы адаптивно-креативного цикла, предполагающей разработку и усвоение обновлённого адаптивного инструментария (информационного, интеллектуального, эмоционального, поведенческого и пр.). Эти последние критерии – характеристики достигаемого гиперпластического статуса клиента и степень принятия им разработанного или предлагаемого терапевтического проекта – как раз и были наиболее значимыми агрегированными факторами, обеспечивающими искомый эффект. Таким образом, была проиллюстрирована принципиальная возможность выведения, измерения и последующего теоретического, и практического акцентирования именно на тех первичных, и агрегированных факторах, которые подтверждают свой потенциал в корректных экспериментах.

Последовательные этапы такой достаточно сложной исследовательской процедуры должны включать: 1) *чёткую идентификацию* анализируемых технических характеристик по согласованным критериям; 2) *проведение факторного анализа*, устанавливающего значимые уровни взаимозависимости полноты и адекватности использования исследуемых технических характеристик с индикаторами скорости прохождения соответствующих фаз и этапов адаптивно-креативного цикла, и отсева несущественных факторов; 3) *проведение процедуры кластерного анализа* с агрегацией исследуемых характеристик в однородные группы и выведением сводного (эмержентного) параметра – универсальной единицы определённого коммуникативного уровня – там, где это возможно; 4) *контролируемое тестирование* и подтверждение высокой разрешающей способности полученного агрегированного признака – универсальной оценочной единицы психотехнического анализа; 5) использование полученной, таким образом, универсальной оценочной единицы в стандартной процедуре психотехнического анализа.

В упрощённом варианте из приведённого исследовательского алгоритма реализуются только два первых пункта, а в процедуре последующего психотехнического анализа в качестве основных единиц используются доказавшие свою эффективность технические характеристики помогающих или развивающих практик.

3.3.3.3. Процедура психотехнического анализа и последующей экспертной оценки эффективности реализуемой психотехнической практики должна предусматривать возможность количественной оценки учитываемых признаков – системы универсальных и структурно-технологических единиц, определяемых по каждому коммуникативному уров-

ню, а так же – динамики универсальных и специфических мишеней.

В разработанном нами варианте протокола психотехнического анализа, имплементированные шкалы позволяют идентифицировать и оценивать: 1) этапы и фазы адаптивно-креативного цикла, на которой находился клиент на момент начала психотехнического действия, а так же – динамику прохождения им следующих этапов и фаз в ходе реализации консультативной или психотерапевтической сессии, либо соответствующего цикла; 2) степень выраженности синдрома деморализации и динамику редукции данного состояния на этапах реализации кросс-секционной стратегии, используемой при оформлении психотехнической сессии или цикла; 3) факт функциональной активности в психотехнической коммуникации учитываемых универсальных и структурно-технологических единиц, с критериями адекватности запросу клиента, его объективно фиксируемому состоянию и заявляемому технологическому подходу (в отношении используемых структурированных техник); критериями полноты – отсутствие признака, слабая степень выраженности, средняя степень выраженности, сильная степень выраженности; 4) факт представленности в анализируемой коммуникации универсальных и специфических мишеней, динамики их терапевтической редукции (если речь идёт о проблемном поле клиента), либо форсированного развития (если речь идёт о качественных характеристиках психического здоровья) по ходу всего психотехнического процесса; оценка такой динамики даётся в критериях интенсивности – отсутствие динамики, слабо выраженная динамика, средняя степень выраженности, интенсивная динамика; 5) оценка временного фактора, в том числе и по критериям соответствия наиболее востребованному эффекту развивающей коммуникации, – максимально возможный, конструктивный результат, достигаемый за минимальные временные периоды: отсутствие, слабая, средняя и сильная степень выраженности данного критерия; 6) оценка промежуточного результата в критериях соответствия ожиданиям клиента – не соответствует и оценивается отрицательно, слабая степень соответствия, средняя степень соответствия, полная степень соответствия, превосходящая степень соответствия с позитивной оценкой достигнутого, на момент завершения психотехнического действия, результата; 7) оценка конечного результата в критериях достижения устойчивого ресурсного состояния, с глубиной катанестического исследования от шести месяцев и более: возврат на этап адаптационного напряжения; неустойчивое состояние перехода между адаптационным напряжением и стабильностью; адаптационная стабильность; постоянная конструктивная динамика адаптационных кондиций субъекта.

Основу приведённой оценочной схемы представляют собственно психотехнические шкалы, которые,

---

---

в случае проведения комплексных исследований, должны соотноситься с другими так называемыми «объективными» параметрическими рядами, также характеризующими скорость и этапность продвижения субъекта по универсальному адаптивно-креативному циклу: нейрофизиологическими, психофизиологическими, нейроэндокринными, биохимическими, иммунологическими, эпигенетическими, экспериментально-психологическими, клинко-психологическими, социально-психологическими, и сложными индикаторами качества жизни – в зависимости от выдвигаемых целей и задач. Однако главным, наиболее динамичным и чувствительным к адаптационным изменениям, является системно-информационный уровень, на котором, собственно, и «располагаются» качественные характеристики психического здоровья. При этом надо понимать, что наличие проработанной схемы системного взаимодействия феномена качества психического здоровья с такими категориями, как психологическое и общее здоровье, адаптация, качество жизни и пр., проясняет адресацию обозначенных, дополнительных параметрических рядов именно к этим сопряжённым категориям. Что в целом и соответствует формату комплексного исследования. Вместе с тем, здесь нельзя не учитывать ограниченную ценность так называемых «объективных» параметров – даже и в плане частоты необходимых измерений. Такие измерительные процедуры, по преимуществу, реализуются только лишь на «входе» и «выходе» достаточно продолжительных психотехнических циклов, а системы непрерывного, высокоточного мониторинга многопрофильной функциональной активности организма, пока ещё, находятся на стадии разработки.

Далее, необходимо специально отметить и тот факт, что оценочная система – в целом, и процедура психотехнического анализа с используемыми вариантами шкалирования учитываемых признаков – в частности, являются наиболее динамичными компонентами базисной исследовательской программы, реализуемой по рассматриваемому профилю, и что сам факт наличия, и функциональной активности такой программы определяет возможность приведения множества используемых вариантов к единому «знаменателю» качественных характеристик психического здоровья.

3.3.3.4. Использование результатов психотехнического анализа в исследовательской и в так называемой рутинной практике оценки эффективности помогающих и развивающих технологий – отсроченной интервизии (в этом случае специалист самостоятельно оценивает проведённую им психотехническую сессию или цикл), супервизии, балинтовских группах и пр. – имеет свои особенности.

В исследовательской практике предполагается использование шкалированного варианта протокола психотехнического анализа, как одного из инструментов первичной регистрации необходимой ин-

формации, с целью последующей интерпретации и корректного сравнения полученных результатов в достаточно многочисленных исследуемых группах. Данный инструмент, как и другие исследовательские инструменты, используемые в масштабных исследованиях, в существенной степени «обезличен», поскольку не имеет привязанности к конкретному специалисту, реализующему определённый кластер помогающих или развивающих практик. Кроме того, согласно установленным правилам формирования системы кодифицированных научных знаний, эффективность гипотетических факторов может быть подтверждена лишь с использованием уже апробированных и доказавших свою состоятельность промежуточных и конечных индикаторов (которые, собственно, и представляют функциональный каркас протокола психотехнического анализа). Такого рода картирование психотехнического процесса, безусловно, помогает профессионалам, действующим в сфере помогающих и развивающих практик, точно ориентироваться и продвигаться по сложному маршруту адаптивно-креативного цикла, избегая при этом грубых просчётов и ошибок. Вместе с тем, множество «привязанных» к конкретному специалисту существенных особенностей его профессиональной деятельности остаётся «за кадром» данного исследовательского формата и выпадает из предметной сферы анализа.

Супервизия профессиональной деятельности, а также практика проведения балинтовских групп, включающие использование результатов психотехнического анализа, наоборот, акцентированы на исследовании именно таких индивидуальных особенностей специалиста, имеющих прямое или косвенное отношение к эффективности реализуемых им технических действий. Отработанный шкалированный вариант протокола психотехнического анализа, в данном случае, помогает основным участникам этого процесса сравнительно быстро и точно определить проблемную зону, сформулировать гипотетические предположения о причинах её возникновения и сконцентрироваться на предметном исследовании этого определённого направления. Здесь может обсуждаться значительно большее количество факторов, выявленных при непосредственном наблюдении за психотехническим процессом или раскрытых участниками в ходе проведения балинтовской группы, чем это предусмотрено протоколом психотехнического анализа, а разработанные, в итоге, рекомендации по коррекции выявленного дефицита необходимых навыков или устранению иных препятствий к эффективной профессиональной деятельности для супервизируемого специалиста могут и должны быть существенно более конкретными и предметными. Таким образом, здесь достигается оптимальное сочетание отслеживаемых стандартных (протокольных) и специфических (индивидуальных) параметров с такими же универсальными и специ-

---

---

альными рекомендациями по повышению эффективности профессиональной деятельности. Что же касается особой экологически выверенной стратегии и практики проведения супервизии и балинтовских групп в отношении профессиональной деятельности специалистов помогающего и развивающего профиля, то в этом смысле она строится по тем же принципам, что и консультативная или психотерапевтическая практика. То есть, это, в первую очередь – создание атмосферы доверия и безопасности, а уже затем – конструктивный разбор возможностей по улучшению профессиональных кондиций «клиента». В этом случае уроки такой практики профессионального развития будут эффективно усваиваться и воспроизводиться в профильной деятельности специалиста.

Использование результатов психотехнического анализа в отсроченной интервизорской практике, в предметном смысле, мало чем отличается от супервизии и балинтовских групп. Это в основном анализ особенностей функциональной активности специалиста, исследование имеющихся дефицитов и препятствий к эффективной профессиональной деятельности «с картами на руках». Единственным существенным отличием здесь является сам факт формального совмещения оцениваемого и оценивающего субъекта, что – в отсутствии соответствующего навыка профессиональной самооценки – не всегда просто. Однако в случае предварительной проработки метапозиции конструктивного критика и «обогащения» – за счёт привнесения этой дифференцируемой метапозиции – личностного статуса «Я-профессионал» такая сложность преодолевается сравнительно легко. И далее, процесс эффективной профессиональной самоорганизации реализуется с использованием стимульной информации психотехнического анализа. Соответственно, в идеале, такую отсроченную интервизию следует проводить: по видеоматериалам проведённых сессий или циклов; после предварительной проработки метапозиции конструктивного критика и имплементации этой метапозиции в структуру личностного статуса «Я-профессионал»; с учётом результатов предварительно проведённого психотехнического анализа, проявляющего основные проблемные зоны в профессиональной практике; на основании результатов отсроченной интервизии разрабатывается дальнейший маршрут профессионального развития специалиста. В принципе, здесь возможна разработка специальных компьютерных программ, которые – с учётом выявленных по материалам проведённого психотехнического анализа проблемных зон – выдают экспертные рекомендации по формированию оптимальных маршрутов профессионального развития специалиста.

3.3.3.5. Эффективность рассматриваемых инновационных подходов, используемых в целях форсированного развития качественных характеристик

психического здоровья, была продемонстрирована при комплексном исследовании разработанных нами моделей психотерапии – стратегической полимодальной психотерапии лиц, зависимых от психоактивных веществ; полимодальной экспресс-психотерапии лиц с расстройствами адаптации. А так же – при исследовании сочетанного использования данных психотерапевтических модальностей со специально разработанными тренинговыми программами (третий, четвёртый фрагменты комплексного исследовательского проекта). В частности, в отношении наиболее сложных пациентов с тяжёлыми формами химической зависимости – практически идеальной группы для демонстрации терапевтической динамики как универсальных, так и специфических мишеней, отслеживаемой по большинству из возможных параметров – были продемонстрированы возможности: существенно более интенсивной редукции основных психопатологических проявлений; форсированного развития содержательных и функциональных характеристик качества психического здоровья с формированием устойчивого ресурсного состояния у представителей экспериментальной группы, с отсутствием грубого органического дефекта; сокращения показателя преждевременного выхода из реабилитационной программы – в 1,5 раза; увеличения процентного соотношения ремиссий, продолжительностью от года и выше – в 2,5 раза (Т.В. Пак, 2004; В.В. Титова, 2004; Ю.А. Россинский, 2005; А.Н. Бохан, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский, 2005; А.З. Нургазина, 2006; И.В. Василенко, 2007; В.В. Макаров, А.Л. Катков, 2009; А.С. Каражанова, 2010; А.Л. Катков, 2012). Далее, стратегическая полимодальная психотерапия использовалась в группе пациентов с игровой зависимостью. Достигнутый здесь результат, в смысле интенсивности распределения, длительности и качества ремиссии, существенно превосходил аналогичные показатели в группах сравнения, где использовались традиционные подходы (А.Л. Катков, 2012).

Далее, в ходе разработки и апробации модели экспресс-психотерапии, выстроенной по эталонам трёхуровневой развивающей коммуникации, была продемонстрирована её сравнительно более высокая эффективность (параллельно исследовались наиболее распространённые варианты краткосрочной психотерапии) в группе клиентов с признаками адаптационных расстройств (n=1257). Эти данные были получены по результатам полугодового катамнеза, учитывающего такие параметры, как: процент преждевременного выхода их программы, субъективная оценка результатов, стрессоустойчивость, уровень развития содержательных характеристик качества психического здоровья, социальная динамика, качество жизни. Кроме того исследовался экономический параметр объёма затрат на проведение соответствующего терапевтического цикла. Максимально эффективным, в смысле соотношения затрат и по-

лученных психологических, и социальных дивидендов, оказался вариант сочетания экспресс-психотерапии с тематическими тренингами, так же проводимыми по модели трёхуровневой развивающей коммуникации и направленными на форсированное развитие качественных характеристик психического здоровья (А.Л. Катков, 2011).

Таким образом, было получено ещё одно научно-обоснованное подтверждение главного тезиса комплексного исследовательского проекта о наличии устойчивой антагонистической взаимозависимости высоких уровней качества психического здоровья и рисков вовлечения в основные типы деструктивных социальных эпидемий (включая химическую и деструктивную психологическую зависимость, проявления адаптационных расстройств в виде

синдрома деморализации и пр.). Однако основным результатом приведённых исследовательских фрагментов всё же является идентифицированная технологическая возможность форсированного развития качественных характеристик психического здоровья, которая может быть транслирована, практически, на все уровни реализации помогающих и развивающих практик, используемых в метамодели социальной психотерапии. Общий функциональный цикл, предусматривающий идентификацию наиболее острых социальных проблем, исследование их сущностных характеристик и возможностей эффективного решения в этом случае замыкается с обнадёживающими перспективами.

*(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 клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1991. – № 1. – С. 26-38.
4. Аракелов 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 неадаптация 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](http://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. Третьичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией (клинико-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. Горинов 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. Карстертс 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](http://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. Кукьет 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/1437902767000000427/?template=printmsg.tpl](mailto:mail.ru/message/1437902767000000427/?template=printmsg.tpl)
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. Пашиковский В.У., Дехерт В.А. Качество жизни больных с эндогенными психозами (обзор) // Обзорные 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, клиничко-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, психиатров 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., Кирнич 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., Вещугина Т.С. Качество жизни родственников психически больных // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 1998. – № 6. – С. 42-45.
117. Стремгрен 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 улиц 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., Gladkov 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. Brandtstøtter 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 psychiatry 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., Mithalon 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* (3<sup>rd</sup> 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* (4<sup>th</sup> 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. – 5193. – 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.
200. Hugueltt 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*
11. *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., Lotmax 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. – 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. – 1793. – 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 «recovery» 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., Breytspraak 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, нейробиологии 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*. – Köln, 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 getrennter Historie? In R. Lutz, N. Mark: *Wie gesund sind Kranke?* – Göttingen: Verlag für 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 millennium // *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 retention 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., Delespaul 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.
- 
-



---

---

## НАРКОЛОГИЯ

### ПРОЕКТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ»

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

#### I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

**1. Название протокола:** Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов.

**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. Синдром отмены;

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

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

АД – артериальное давление;

в/в – внутривенно;

в/м – внутримышечно;

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем;

НЛП – нейролингвистическое программирование;

МКБ-10 – международная классификация болезней;

МСР – медико-социальная реабилитация;

ПАВ – психоактивные вещества;

ППР – психические и поведенческие расстройства;

РЭГ – реоэнцефалография;

РКИ – рандомизированные клинические исследования;

УД – уровень доказательности;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

ЭКГ – электрокардиографическое исследование;

ЭхоЭГ – эхоэнцефалография;

ЭЭГ – Электроэнцефалография;

JWH – John William Huffman.

**5. Дата разработки протокола:** 2015 год.

**6. Категория пациентов:** взрослые.

**7. Пользователи протокола:** врачи-психиатры, врачи-наркологи, врачи-токсикологи, врачи общей практики, терапевты, врачи скорой медицинской помощи, фельдшера, психотерапевты.

#### II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты.
В	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 не высоким (+) риском систематической ошибки.
С	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 или класса ПАВ из группы каннабиноидов начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для пациента [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:**

- интоксикационный психоз вследствие злоупотребления каннабиноидами;
- психотическое расстройство.

**Показания для плановой госпитализации:**

- злоупотребление каннабиноидами;
- синдром зависимости от каннабиноидов;
- синдром отмены от каннабиноидов.

**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;
- флюорография органов грудной клетки;
- общий анализ крови;
- микрореакция на сифилис;
- общий анализ мочи.

**11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- психологическое диагностирование;
- ЭКГ;
- определение каннабиноидов в биологическом материале.

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

- консультация нарколога;

- общий анализ крови (Hb, цветной показатель, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, лимфоциты, СОЭ);
- общий анализ мочи;
- микрореакция на сифилис;
- флюорография органов грудной клетки;
- консультации других специалистов (при изменении данных флюорографии, показателей крови).

**11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза крови) в сыворотке крови.

**11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:**

- определение каннабиноидов в биологическом материале;
- ЭКГ в динамике;
- анализ мочи по Нечипоренко;
- ЭхоЭГ;
- ЭЭГ;
- РЭГ;
- УЗИ гепатобилиопанкреатической области (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка);
- УЗИ почек;
- психологическое диагностирование.

**11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:**

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование.

**12. Диагностические критерии [4]:**

**12.1 Жалобы и анамнез:**

**Синдром острой интоксикации**

**Жалобы:**

**Анамнез:**

- эпизодическое употребление каннабиноидов.

---

---

### ***Синдром острой интоксикации с делирием***

#### **Жалобы:**

- пациент не предъявляет жалоб самостоятельно.

#### **Анамнез:**

- эпизодическое, однократное употребление каннабиноидов;
- повышенная чувствительность к препаратам конопли;
- передозировка препаратами конопли.

### ***Синдром употребления с вредными последствиями***

#### **Жалобы:**

- могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении.

#### **Анамнез:**

- длительное эпизодическое нерегулярное употребление препаратов конопли.

### ***Синдром зависимости***

#### **Жалобы:**

- навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению каннабиса;
- раздражительность;
- сниженное настроение;
- расстройства сна;
- утрата контроля над приемом каннабиса;
- рост потребности в дозе препарата в 2-3 раза по сравнению с первоначальной, т.к. прежние дозы каннабиноидов не вызывают эйфории;
- соматические нарушения (ожоги слизистой в полости рта и глотке, кашель при поражении бронхов).

#### **Анамнез:**

- сведения о систематическом употреблении препаратов каннабиса;
- сведения о сформированной зависимости от препаратов каннабиса;
- нарушенная способность контролировать прием каннабиса;
- озабоченность употреблением вещества;
- состояние отмены;
- изменение реактивности организма, проявление толерантности к эффектам вещества;
- устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий;
- в период воздержания от ПАВ при сформированной зависимости в различные промежутки времени проявляются симптомы отмены.

### ***Синдром отмены препаратов каннабиса [1]***

#### **Жалобы:**

- астения;
- апатия;
- вялость;
- нарушение сна;
- отсутствие аппетита;
- снижение настроения;

- тревога;
- раздражительность;
- мышечный тремор;
- мышечные боли.

#### **Анамнез:**

- сведения о сформированной зависимости от каннабиноидов;
- сведения о систематическом употреблении высоких доз препаратов каннабиса;
- сведения об употреблении последней дозы накануне за 6-12 часов.

### ***Синдром отмены синтетических каннабиноидов [6]***

#### **Жалобы:**

- паранойяльная настроенность;
- панические атаки;
- трудность с концентрацией внимания;
- дезориентация;
- страх смерти;
- инсомния;
- диссомния;
- тахикардия;
- затрудненное дыхание;
- нарушение аппетита / потеря веса;
- тошнота;
- рвота;
- тремор.

#### **Анамнез:**

- сведения об эпизодическом (иногда единичном) употреблении синтетических каннабиноидов (спайсов).

### ***Психотическое расстройство***

#### **Жалобы:**

#### **Анамнез:**

- эпизодическое или однократное употребление каннабиноидов, «спайсов».

## **12.2 Физикальное обследование:**

### **Синдром острой интоксикации**

Психический статус:

Соматовегетативный и неврологический статусы:

### **Синдром интоксикации с делирием**

Психический статус:

- дезориентация;
- нарушение восприятия (паранойяльные тенденции, дереализация; деперсонализация (исчезновение чувства реальности происходящего; ощущение чуждости тела, ощущение неестественной изменённости собственного «Я»; наличие зрительных, реже слуховых галлюцинаций));
- психомоторное возбуждение;
- аффективные расстройства (злоба, агрессия, паника, страх);
- бредовые идеи преследования;

- при утяжелении состоянии сопор, кома.
- Соматовегетативный и неврологический статусы:
- дизартрия;
  - запах конопли от одежды;
  - гиперемия склер;
  - сухость во рту;
  - тахикардия;
  - мидриаз;
  - трудности с фокусировкой взгляда;
  - нарушение координации движений;
  - размахистость / заторможенность движений;
  - подъём / снижение артериального давления;
  - учащённое сердцебиение (тахикардия);
  - учащённое дыхание;
  - рвота;
  - судороги (редко).

### **Синдром отмены**

Психический статус:

- астенические проявления;
- расстройства сферы влечения: апатия, гипобулия;
- аффективные расстройства: тревога; снижение настроения, раздражительность;
- суицидальные попытки;
- нарушения восприятия;
- неприятные ощущения в области сердца;
- чувство сжатия головы в височной области;
- на коже и под кожей – ощущение жжения, неприятного покалывания, дергания.

Соматовегетативный и неврологический статусы:

- тремор;
- потливость;
- лабильность АД.

### **Постабстинентный синдром**

Психический статус:

- астения;
- вялость;
- пассивность;
- апатия;
- замкнутость;
- угрюмость;
- различные степени выраженности патологического влечения к ПАВ.

Соматовегетативный и неврологический статусы:

- тахикардия;
- ортостатическая гипотензия;
- нарушение координации движения.

### **12.3 Лабораторные исследования:**

- общий анализ крови (неспецифический лейкоцитоз);
- биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб);

- в биологическом материале определяется содержание метаболитов каннабиса.

### **12.4 Инструментальные исследования:**

- ЭКГ, РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ, УЗИ способствуют диагностированию сопутствующей неврологической и соматической патологии;
- психологическая диагностика по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения).

### **12.5 Показания для консультации узких специалистов:**

- консультация терапевта при наличии соматической патологии;
- консультация инфекциониста при развитии токсического гепатита, при подозрении ВИЧ-инфекции;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация дерматовенеролога;
- консультация уролога;
- консультация акушер-гинеколога при наличии беременности / при выявлении патологии репродуктивных органов;
- консультация психотерапевта при нестабильных психоэмоциональных состояниях;
- консультация физиотерапевта при определении показаний для физиолечения.

### **12.6 Дифференциальный диагноз:** см. таблицы 1-2.

### **13. Цели лечения:**

- купирование проявлений физической и психической зависимостей с редукцией патологического влечения к каннабиноидам;
- купирование психотических расстройств;
- редукция соматических осложнений;
- развитие мотивации к воздержанию от каннабиноидов и на дальнейшее прохождение медико-социальной реабилитации.

### **14. Тактика лечения:**

Лечение пациентов с ППР, вызванными употреблением каннабиноидов, проводится на двух уровнях:

- амбулаторный уровень;
- стационарный уровень (медико-социальная реабилитация).

Стационарный уровень проводится непрерывно в три этапа:

- первый этап МСР (медикаментозная коррекция) – 20 дней (при купировании психотических расстройств (проявления паранойяльности, бреда, выраженной тревоги, изменений восприятия) удлинение этапа до коррекции состояния);

*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. Рецептура «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

Таблица 2

## Дифференциальная диагностика состояния опьянения

(Ережегов 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, кофенн)	Снотворные (барбитал, фенадорм, ноксирон)	Летучие растворители (бензин, ацетон, клей «Момент»)	Алкогольное опьянение
Поведение	Благодушное, чувство легкого довольствия, расслабленности, вялости, ускорения ассоциаций	Весел, неудержимые приступы смеха могут меняться необоснованным испугом, чувством страха, стремлением к контакту	Бодрость, суетливость, прилив сил, доброты, благодушие	Фон настроения неустойчив, от благодушия до аффектов, назойлив, раздражителен	Благодушное, беспечность, дурашливость, галлюцинационные переживания	Возбужден, навязчив
Двигательная сфера	Заторможен	Несоразмерное стремление к движению	Моторное возбуждение, мышечный тремор	Повышенная моторная активность, движения грубые, резкие, размашистые	Заторможен	Растворможен
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 сопроводительное высказывание 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, облизывает губы	Гиперемия кожи верхней половины туловища, гипергидроз, сальность кожи	Гиперемия, мраморность конечностей, отечность 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.
Взяты 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

- второй этап МСР (психотерапия и реабилитация) – 60 дней;
- третий этап МСР (социальная реабилитация) – 60 дней.

#### **Первый этап МСР:**

- купирование психотических расстройств;
- купирование синдрома отмены;
- коррекция сна и настроения;
- коррекция влечения к ПАВ;
- коррекция соматовегетативных расстройств.

#### **Второй этап МСР (этап психотерапии и реабилитации):**

- купирование синдрома патологического влечения к препаратам каннабиса, психотерапевтическая реабилитация, начальная фаза противорецидивной терапии в ранний и поздний постабстинентный периоды;
- повышение мотивации на трезвость [8, 9];
- актуализация и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания, стрессу;
- формирование активности, инициативности, позитивного жизненного сценария;
- формирование нормативных личностных статусов;
- стабилизация нормативных семейных (родительских, партнерских) отношений (преодоление созависимости).

#### **Третий этап МСР (этап социальной реабилитации):**

- применение технологий социальной реабилитации (терапевтического сообщества) в поздний постабстинентный период;
- противорецидивная терапия.

#### **14.1 Немедикаментозное лечение**

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

**Диета** – стол № 15.

#### **Психолого-психотерапевтическое лечение (амбулаторный уровень):**

- информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП) (УД-А);
- мотивационное консультирование;
- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);
- семейное психологическое консультирование;
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая);
- психотерапия (индивидуальная и групповая);
- консультирование социального работника при оказании помощи для трудоустройства;

- терапия творческим самовыражением (арт-терапия);
- аутогенная тренировка, медитация, дыхательные методики, релаксационные техники, самомассаж.

#### **Психолого-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) (УД-А) [15, 16];
- программы социально-психологических тренингов (УД-В);
- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое) (УД-В) [10, 11, 12];
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая) (УД-А);
- когнитивно-поведенческая психотерапия (индивидуальная и групповая) (УД-А) [15, 16];
- психотерапия (гештальт-терапия, НЛП, психодрама);
- психическая саморегуляция;
- телесно-ориентированная психотерапия;
- трансактный анализ;
- логотерапия и экзистенциальная психотерапия;
- духовно-ориентированная психотерапия (УД-GPP);
- семейное психологическое консультирование (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);
- программа «Анонимные наркоманы» (12-шаговая терапия) (УД-А);

##### **Этап социальной реабилитации:**

- терапевтическое сообщество [14] (УД-А).

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

##### **Терапия абстинентного синдрома:**

**Антиконвульсанты:** карбамазепин – рекомендуемая доза до 400–600 мг/сут, при наличии показаний доза препарата может быть увеличена, рекомендуется лабораторный контроль картины крови. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой в начале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы. В случае необходимости продолжить терапию, вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения.

**Нейролептики:** при выраженных поведенческих и аффективных расстройствах препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сутки); оланзапин (10-20 мг/сутки), клозапин (100-200 мг/сутки); рисперидон (4-6 мг/сутки), палиперидон (3-6 мг/сутки).

**Антидепрессанты:** препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: флувоксамин, amitриптилин в среднесуточных дозировках. Длительность лечения – до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата – 1 неделя.

**Седативные препараты 3-го поколения:** зопиклон, производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепам 4-6 мл/сутки).

**Дезинтоксикационные мероприятия** в течение 3-7 дней внутривенно капельно: 0,9% раствор хлорида натрия из расчета до 0,5-1,0 л/сутки в сочетании с 5% аскорбиновой кислотой – до 5 мл/сутки; 1% раствор пиридоксина гидрохлорида – до 4-6 мл/сутки; 5% раствор тиамин бромид – до 4-6 мл/сутки; 2% раствор хлоропирамина – 1 мл, в сочетании с препаратами, улучшающими мозговое кровообращение (винпоцетин 2 мл).

Мочегонные препараты: фуросемид по 1 таблетке (0,04) 1-2 раза в день, спиронолактон по 1 таблетке (0,025) 2 раза в день.

#### **Терапия астенического синдрома (коррекция интеллектуально-мнестических расстройств):**

**Ноотропные средства:** пирацетам (20% раствор 10-20 мл внутривенно капельно в течение 5-10 дней с дальнейшим переводом на пероральный прием в суточной дозе 1,2-2,0 г в 2-3 приема утром и днем).

**Витамины:** назначают в соответствующих дозировках курсом от 10 до 30 дней. Возможен как пероральный прием, так и парентеральное введение: аскорбиновая кислота (витамин С), пиридоксин (В<sub>6</sub>), тиамин (В<sub>1</sub>).

**Седативные препараты:** препараты назначают в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней. Препаратами выбора являются снотворные 3-го поколения – зопиклон, производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепам 4-6 мл/сутки). В случае отсутствия эффекта в течение 5 дней целесообразно отменить снотворные и перейти на приём нейролептиков: левомепромазин в разовой дозе индивидуально до 50 мг на ночь. Продолжительность лечения – 3-5 дней.

#### **На этапе скорой медицинской помощи:**

**Купирование психомоторного возбуждения** [14]:

**Анксиолитики бензодиазепинового ряда:** 0,5% раствор диазепам 2-4 мл или 0,1% раствор феназепам 1-4 мл внутримышечно, внутривенно.

**Инфузионная терапия:** 5% раствор глюкозы внутривенно капельно медленно, 0,9% раствор хлорида натрия из расчета до 0,5-1,0 л/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 по 1 таблетке (0,04) 1-2 раза per os, спиронолактон по 1 таблетке (0,025) 2 раза в день.

#### **14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:**

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

- карбамазепин: таблетка 200 мг (УД-В);
- спиронолактон: таблетка 25 мг; капсула 50 мг, 100 мг;
- диазепам: 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;
- рисперидон: таблетки 2 мг, 3 мг, 4 мг, 6 мг; раствор для приема внутрь 1 мг/мл, порошок для приготовления суспензии (продолжительного действия) для инъекций 25 мг, 37,5 мг, 50 мг;
- миртазапин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг, 45 мг; таблетки для рассасывания 15 мг, 30 мг, 45 мг;
- amitриптилин: таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг; драже 10 мг, 25 мг; раствор для инъекций 10 мг/мл, 20 мг / 2 мл;
- сертралин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, 50 мг, 100 мг.

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

- галоперидол: таблетки 1,5 мг, 5 мг; раствор для инъекций 0,5%, 5 мг/мл, раствор масляный для инъекций 50 мг/мл;
- пароксетин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 20 мг;
- кломипрамин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг;
- винпоцетин: таблетки 5 мг, 10 мг; раствор для инъекций 0,5%; концентрат для приготовления раствора для инъекций 5 мг/мл;
- 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).

#### **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);
- спиронолактон: таблетка 25 мг; капсула 50 мг, 100 мг;
- фуросемид: раствор для инъекций 20 мг / 2 мл, 1%; таблетки 40 мг;
- диазепам: раствор для инъекций 10 мг / 2 мл; таблетки покрытые оболочкой, 5 мг;
- зопиклон: таблетки, покрытые оболочкой, 7,5 мг;
- оланзапин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой (диспергируемые) 5 мг, 10 мг; лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения 10 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;
- рисперидон: таблетки 2 мг, 3 мг, 4 мг, 6 мг; раствор для приема внутрь 1 мг/мл, порошок для приготовления суспензии (продолжительного действия) для инъекций 25 мг, 37,5 мг, 50 мг;
- палиперидон: таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 3 мг, 6 мг, 9 мг, 12 мг;
- пирацетам: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, 400 мг, 800 мг, 1200 мг; раствор для инъекций 20%; капсулы 400 мг;
- амитриптилин: таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг; драже 10 мг, 25 мг; раствор для инъекций 10 мг/мл, 20 мг / 2 мл;
- сертралин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, 50 мг, 100 мг;
- натрия хлорид, раствор для инфузий (УД-В).

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

- галоперидол: таблетки 1,5 мг, 5 мг; раствор для инъекций 0,5%, 5 мг/мл; раствор масляный для инъекций 50 мг/мл;
- пароксетин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 20 мг;
- кломипрамин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг;
- мirtазапин: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг, 45 мг; таблетки для рассасывания 15 мг, 30 мг, 45 мг;
- 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);

**14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой медицинской помощи:**

- диазепам: раствор для инъекций 10 мг / 2 мл;
- декстроза: раствор для инфузий, для инъекций; таблетки 0,5 г;

- 0,9% раствор для инфузий хлорида натрия, 400;
- аскорбиновая кислота: раствор для инъекций 5%;
- пиридоксина гидрохлорид: 5% раствор для инъекции;
- тиамин бромид: 5% раствор для инъекций;
- фуросемид: раствор для инъекций 20 мг / 2 мл, 1%; таблетки 40 мг;
- гидрохлортиазид + спиронолактон: таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг / 25 мг.

**14.3 Другие виды лечения:**

**14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:**

**Физиолечение:**

- дарсонвализация;
- гальванизация;
- электросон;
- магнитотерапия;
- амплипульстерапия;
- микроволновая терапия.

**14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:**

**Физиолечение:**

- дарсонвализация;
- гальванизация;
- электросон;
- магнитотерапия;
- амплипульстерапия;
- микроволновая терапия.

**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;
- формирование и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;
- повышение социальной компетентности;
- снижение уровня семейной дисфункции.

---

---

#### 14.6 Дальнейшее ведение:

На амбулаторном уровне наблюдение пациента осуществляется:

На профилактическом учете:

- ежемесячное наблюдение в течение года, но не менее 5 раз в год.

На диспансерном учете:

- динамическое наблюдение в течение 5 лет по 4-м группам динамического наблюдения.

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

- купирование психотической симптоматики;
- купирование проявлений физической и психической зависимостей;
- редукция патологического влечения к каннабиоидам;
- редукция соматических осложнений;
- наличие мотивации к воздержанию от каннабиноидов и на дальнейшее прохождение медико-социальной реабилитации.

### III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

#### 16. Список разработчиков протокола:

1. Мусабеева Жаннат Камелхановна – кандидат медицинских наук, заместитель директора Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.

#### 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) Сидоров А.А. Спайс – «курительные смеси», «миксы», «ароматические благовония» – относится к синтетическим каннабиоидам // Психическое здоровье. – РАМН, 2014. – № 2. – С. 83-91.
- 3) Софронов Г.А., Головки А.И., Баринов В.А., Башарин В.А., Бонитенко Е.Ю., Иванов М.Б. Наркология // 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.
- 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.

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 Абихасович – кандидат медицинских наук.
5. Смагулова Гульнар Серикхановна – заместитель главного врача Павлодарского областного наркологического диспансера.
6. Бектаева Гаухар Темиржановна – заместитель главного врача Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана.

**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 производится не реже, чем 1 раз в 3 года, либо при поступлении новых данных по диагностике и лечению соответствующего заболевания, состояния или синдрома.

- 
- 
- 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](http://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., Auwдрter 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.
- 
-