

---

---

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XXI**

**№ 4**

**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; Д.Е. Аяганова (ответственный секретарь); профессор  
О.Т. Жужжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук  
Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина  
(редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; А.К. Тастанова;  
доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; 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

### ПСИХОТЕРАПИЯ

**Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига**

*Катков А.Л.*

Психотехнический анализ  
психотерапевтического процесса..... 5-40

### ПСИХИАТРИЯ

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

*Катков А.Л.*

Качество психического здоровья  
(системные характеристики феномена  
по результатам комплексного исследования)  
(окончание)..... 41-69

*Резюме*..... 70

*Библиография к журналу*

*«Вопросы ментальной медицины  
и экологии» за 2015 год*..... 71

Том XXI  
№ 4  
2015 год

выходит  
4 раза в год

---

---

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY

## I ECOLOGII

**FOUNDERS:**

**TABLE OF CONTENTS**

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

### PSYCHOTHERAPY

*Katkov A.L.*

Psychotechnical analysis  
of the psychotherapeutic process..... 5-40

### PSYCHIATRY

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

*Katkov A.L.*

The quality of mental health  
(system characteristics of the phenomenon  
on the results of a comprehensive study)  
(continued)..... 41-69

*Summary*..... 70

*References to the magazine*

«*Questions of mental medicine and ecology*»  
*for 2015*..... 71

**Volume XXI  
№ 4  
2015**

**Published 4 times  
in a year**

---

---

---

---

# ПСИХОТЕРАПИЯ

## ПСИХОТЕХНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

А.Л. Катков

г. Санкт-Петербург (Россия)

### 1. Общие положения

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. Василюк, 1998).

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 результат 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 в принципе способно повысить 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 и другие, ранее проведённые исследования – связана с дефицитом системных представлений и конвенциональных критериев, в частности в отношении того, что считать основными параметрами и единицами такого анализа (Ф.Е. Василюк, 1992; В.Н. Цапкин, 1992; С.А. Кулаков, 2002; В.И. Курпатов, А.П. Федоров, В.В. Титова, 2006; В.В. Чугунов, Б.В. Михайлов, 2010; Р.К. Назыров, 2012).

Вместе с тем, преодоление этих дефицитов и сложностей, с нашей точки зрения, как раз и является сверхзадачей проработанной комплексной методологии психотехнического анализа. То есть, именно такой методологии, которая – в конечном итоге – сможет представить убедительные аргументы в пользу признания научного статуса профессиональной психотерапии.

### 2. Установочные позиции

Проведённые нами исследования (А.Л. Катков, 2013) показывают, что в настоящее время профессиональная психотерапия переживает достаточно сложный период, связанный с необходимостью выбора одной из следующих альтернатив в качестве основной магистрали своего развития:

– согласиться с тем, что психотерапия по своим сущностным характеристикам соответствует критериям идеологизированной технологической практики, подпитываемой произвольными психотехническими теориями (т.е. профессиональная психотерапия – это ремесло, а не система кодифицированных научных знаний, объединяемых в профильное научно-практическое направление). И здесь же следует распрощаться с иллюзиями профессиональной интеграции, поскольку предлагаемые варианты такой интеграции, выстраиваемые в духе произвольного технического синтеза или на основе столь же произвольно идентифицируемых общетерапевтических факторов, в лучшем случае будут повторять судьбу психотерапевтических модальностей, как это и происходит в настоящее время. Далее, следует признать и то, что выстраивание общей методологии психотехнического анализа и принятие консенсуса в отношении критериев эффективности профессиональной психотерапии, в этих условиях будет встречать серьёзные, возможно непреодолимые трудности;

– попытаться идентифицировать и систематизировать имеющиеся методологические сложности (прежде всего, в отношении сущностного определения предметной сферы, с чего, собственно, и должно начинаться выстраивание профессиональной психотерапии как научной дисциплины), аргументировать возможность их преодоления за счёт разработки и реализации базисной научно-исследовательской программы (в понимании И. Лакатос). И далее, сосредоточиться на разработке адекватной методологии психотехнического анализа, которая, собственно, и должна представлять одну из стержневых методологических частей такой программы.

---

---

В этом случае профессиональная психотерапия, с некоторыми оговорками, указывающими на статус «молодой» и ещё только становящейся дисциплины, с полными на то основаниями может быть признана научной. А необходимая интеграция общего поля профессиональной психотерапии будет осуществляться на основе ясного и понятного принципа принадлежности к системе кодифицированных научных знаний, генерируемых профильным дисциплинарно-коммуникативным сообществом.

Полагаем, что вторая альтернатива магистрального развития профессиональной психотерапии, при должном внимании к условиям её эффективной реализации, способна обеспечить существенно более высокие темпы развития профессии, расширение масштабов и повышение эффективности оказываемой профильной помощи, что и является главными аргументами в пользу такого выбора.

Соответственно, методология психотехнического анализа, выстраиваемая на основании данного выбора, должна включать следующие главные критерии, свидетельствующие о принадлежности получаемой таким образом информации к системе кодифицированных научных знаний:

- адекватная представленность в методологии психотехнического анализа основных концептов предметной сферы профессиональной психотерапии, разработанных с учётом требований обновлённой эпистемологической платформы;

- адекватная представленность принципа системности – согласованности разработанного концептуального ядра профессиональной психотерапии и предлагаемой методологии психотехнического анализа;

- адекватная проработанность так называемого принципа простоты, т.е. обоснование наиболее вероятного и не требующего дополнительных логических конструкций механизма основных психотерапевтических эффектов;

- возможность демонстрации, полноценного обоснования и прояснения особенностей репрезентации в практике профессиональной психотерапии принципов подтверждаемости (верификации), а так же – инвариантности (симметрии). Оба этих принципа обосновывают наличие дифференцированных изменений, возникающих именно по причине определённого воздействия, а если характер воздействия изменяется, то симметрично меняется и результат. Таким образом, должен быть и прояснен тот факт, что в психотерапии весьма часто получают схожие результаты при использовании различных методов и разные результаты при использовании одного и того же метода в идентичной клиентской группе;

- наличие проработанных принципов фальсификации, на основании чего общее поле профессиональной психотерапии, может, во-первых, очищаться от произвольных и не оправдывающих себя теоретических построений, а во-вторых – от неэффективных практик;

- возможность наблюдаемости и измеримости динамики предметной сферы – т.е. в общем поле профессиональной психотерапии должен быть найден консенсус в отношении адекватного шкалирования основных психотерапевтических эффектов;

- критерий соответствия всем вышеназванным позициям, по большинству из которых должно констатироваться аргументированное соответствие, а по другим позициям должно быть представлено внятное объяснение имеющихся методологических сложностей и перспективы их преодоления.

### 3. Основополагающие концепты

Важнейшие концепты, характеризующие предметную сферу профессиональной психотерапии и имеющие непосредственное отношение к теме психотехнического анализа, были разработаны нами в ходе реализации комплексного исследовательского проекта 2001-2014 гг. (А.Л. Катков, 2015). В частности, было определено функциональное содержание качественных характеристик категории психического здоровья, проработан вопрос системного взаимодействия данных характеристик с феноменом адаптации (биологической, психологической, социальной). При этом была уточнена специфика синергетического подхода, с позиции которого рассматривалось взаимодействие исследуемых качественных и адаптивных феноменов с технологиями профессиональной психотерапии; разработан центральный концепт адаптивно-креативного цикла, проясняющий возможность использования «больших» – промежуточных и конечных – индикаторов, оценивающих скорость продвижения по дифференцируемым фазам и этапам данного цикла. Далее, была разработана теория трёхуровневой развивающей коммуникации, уточнены основные оценочные параметры и учитываемые единицы психотехнического анализа по каждому дифференцируемому уровню такой коммуникации. Что, собственно, и послужило основой для создания шкалированного варианта протокола психотехнического анализа, апробированного в экспериментальных и полевых условиях.

3.1. Так, в ходе проведённых исследований было убедительно показано, что с точки зрения синергетического научного подхода, исследующего процессы самоорганизации сложных динамических систем, ключевыми – т.е. наиболее актуальными и созвучными реалиям новейшего времени – характеристиками адаптивного цикла современного человека являются: *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.*

Далее, были проанализированы основные и наиболее оптимистичные варианты кризисного разви-

тия сложных, открытых систем (к которым, конечно, следует отнести человека и общество) связанные: 1) с возвратом к общему «стволу», из которого берут начало несущие параметры порядка, с почти неизбежным пересмотром общих принципов их формирования; 2) существенным увеличением информационных стратегий, умножением числа жизненных альтернатив, которые здесь рассматриваются как необходимое условие выживания системы, двигающейся по катастрофическому сценарию развития; 3) 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. Были продемонстрированы главные адаптивные дивиденды, получаемые субъектом и обществом в результате реализации такого «усовершенствованного» варианта прохождения кризисного цикла, которые – в идеале – должны полностью перекрывать полную или частичную утрату регулятивных механизмов естественного отбора и обеспечивать существенное расширение горизонтов бытия, повышение качества жизни современного человека. И главное, было показано, что профессиональная психотерапия в своём функциональном поле поразительным образом совмещает ключевой тезис Новейшего времени, касающийся адаптационных кондиций современного человека, и все три эффективные стратегии кризисного развития субъекта и социума.

Общая формула эффективности профессиональной психотерапии, разработанная с учётом вышеприведённых констатирующих тезисов, выглядит следующим образом: *актуализация (за счёт используемых макро и метатехнологических подходов) эволюционно заложенных механизмов скорости – гиперпластики адаптивных изменений + умножение (за счёт множества используемых вариантов структурно-технологического оформления методов психотерапии) числа конструктивных альтернатив кризисного развития субъекта, включая форсированное развитие качественных характеристик психического здоровья.* Наиболее существенной в данной формуле является констатация фактов того, что первое слагаемое эффективной адаптационной стратегии здесь обеспечивается универсальными, а второе и третье слагаемые – уникальными характеристиками предметной сферы профессиональной психотерапии. Эти взаимодополняющие характеристики, преобразованные в соответствующие универсальные и специфические индикаторы эффективности, становятся доступны для измерения и последующего анализа в предлагаемой методологии психотехнического анализа.

Таким образом, проработанный – применительный к предметной сфере профессиональной психоте-

рапии – концепт синергетического внедисциплинарного научного подхода проясняет три первые и, отчасти, шестую позицию в приведённом перечне критериев соответствия методологии психотехнического анализа системе кодифицированных научных знаний.

3.2. Функциональная структура адаптивно-креативного цикла – центрального концепта, на основании которого формируются главные индикаторы эффективности профессиональной психотерапии – включает краткую характеристику следующих этапов, фаз и вариантов 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 информационной или биологической 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 напряжения и состояния деморализации на второй – третьей фазах. В то же время, для кризисного варианта, наоборот, характерны растягивание длительности или даже «застревание» субъекта на второй – третьей фазах рассматриваемого этапа, и максимальная выраженность состояния деморализации.

Таким образом, антиресурсный статус субъекта, препятствующий креативному синтезу, на данном этапе является основной мишенью для помогающих и развивающих практик, представляющих ос-

---

---

новной «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 сопровождающееся 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 креативного потенциала 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 генерации 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 так же – подготовка следующей стимульной волны, генерирующей новые импульсы к развитию системы среда – человек – феномен самоорганизованного поведения – среда. Этап содержит следующие фазы:

10) *фаза реализации субъектом потребностного 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 измене-



---

---

ние 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 или стабилизации 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 удерживающих 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 тестовой активности и возобновления 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.

Как понятно из всего сказанного, 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 так же – его существенная модификация за счёт использования специальных помогающих и развивающих практик.

Теоретическая ценность разработанного концепта адаптивно-креативного цикла, прежде всего, заключается в том, что таким образом демонстрируется системная взаимозависимость фундаментальных понятий, используемых в общей теории психотерапии – «адаптации» и «самоорганизации». То есть, с позиции синергетического научного подхода обосновывается тезис того, что функциональная категория самоорганизации и есть искомым способ модернизации стержневого параметра порядка – адаптации – в соответствии с жёсткими эволюционными требованиями.

Соответственно, феномен самоорганизации может изучаться, в том числе, и за счёт исследования вариантов прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла, а динамика форсированного развития высоких уровней самоорганизующей активности субъекта, обеспечиваемая за счёт использования помогающих и развивающих практик, может быть адекватно представлена и исследована в моделях перехода от кризисного к конструктивному варианту адаптивно-креативного цикла.

Что касается практической ценности рассматриваемого концепта, то, как понятно из всего сказанного, эффективность помогающих и развивающих технологий как традиционных, так и инновационных может быть предметно отслежена с использованием протокола психотехнического анализа, воспроизводящего последовательность прохождения этапов и фаз адаптивно-креативного цикла. При этом вышеприведённые характеристики функционального состояния и активности субъекта являются критериями перехода на соответствующие этапы и фазы исследуемого цикла и позволяют оценивать ресурсный «вклад» используемых помогающих и развивающих технологий на каждом дифференцируемом этапе кризисного развития субъекта.

Таким образом, рассмотренный в настоящем подразделе концепт адаптивно-креативного цикла дополнительно проясняет две первые и шестую позицию в приведённом перечне критериев соответствия методологии психотехнического анализа системе кодифицированных научных знаний.

3.3. На основе интерпретации результатов, полученных в ходе многолетних исследований, были сформулированы следующие основные положения, характеризующие концепцию 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 адапционных режимов, в которых действуют внесознательные инстанции. Данные режимы представлены: 1) общими функциями – непрерывным тестированием среды на предмет определения базисной адапционной стратегии (такое тестирование обычно происходит с использованием понятных дуальных критериев: опасно – безопасно, интересно – неинтересно и пр.); выбором оптимальной по отношению к существующим условиям адапционной стратегии; генерацией соответствующих параметров импульсной активности сознания (ней-

---

---

рофизиологических характеристик активности мозга, имеющих отношение к режимам «жёсткости – пластики»); 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 обеспечивают наиболее благоприятные условия для совмещения и реализации, по крайней мере, двух из трёх компонентов эффективного кризисного развития индивида – возврата к стволу фундаментальных параметров порядка и умножения числа альтернатив (отсюда обозначение данной адаптационной стратегии как «синергетическая»).

Таким образом, осмысленное управление базисными адаптационными стратегиями внесознательных инстанций субъекта за счёт возможностей профессиональной психотерапии 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-ребёнку, Я-родителю, Я-

партнёру, 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. Особенно важно, что за счёт механизмов временной пластики 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 в будущем. 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;

– *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 пластики – 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 патологических адаптогенов ультрабыстрого действия и других способов патологической адаптации;

– *множественная гиперпластика*. Данный феномен является интегративной содержательной характеристикой синергетической стратегии внесознательных инстанций, обеспечивает высокую ско-

---

---

рость 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» трансное состояние изменённых характеристик импульсной активности сознания субъекта, для которого, в отличие от индуцированного трансa, 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 стратегии. То есть для формирования разлитого терапевтического трансa 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 трансa, 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 вы-

веренное 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 им адаптивно-креативного цикла и эффективно сочетаться с макротехнологическими стратегиями пере-структурирования данного цикла, а так же – используемыми структурированными психотехнологиями.

Соответственно, нами были идентифицированы три уровня развивающей коммуникации, в совокупности обеспечивающих основной востребуемый эффект, – достижение значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у вовлечённого в такую коммуникацию субъекта в ограниченные временные периоды: *макротехнологический уровень*, имеющий отношение к построению вариантов стратегического оформления развивающей коммуникации; *метатехнологический уровень* или глубинный, формируемый за счёт синергетической активности внесознательных инстанций; *структурно-технологический уровень*, 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.

Разработанная модель трёхуровневой развивающей коммуникации:

– содержит аргументированное научное обоснование основного и наиболее востребованного эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в отношении всего комплекса проблем, обычно предъявляемых клиентами (пациентами), в ограниченные временные периоды, сопоставимые с продолжительностью краткосрочных или даже экспресс-форматов психотерапевтической или консультативной помощи;

– проясняет вопрос, какие именно макро, мета и структурированные технологии профессиональной психотерапии, консультирования или иных помогающих и развивающих практик обеспечивают возможность достижения описанного выше эффекта;

---

---

– является, таким образом, теоретической основой для формирования базы учитываемых единиц психотехнического анализа.

Таким образом, рассматриваемый в настоящем подразделе концепт трёхуровневой развивающей коммуникации – стержневой технологический компонент общей теории психотерапии – обеспечивает соответствие по трём первым критериям принадлежности к системе кодифицированных научных знаний и проясняет перспективы достижения такого же соответствия по трем следующим (с 4-го по 6-ой) критериям.

3.4. На основании проведённых комплексных исследований нами были выведены аргументированные и научно-обоснованные принципы формирования рабочей базы психотехнического анализа психотерапевтической, консультативной помощи, иных помогающих и развивающих практик (т. е., собственно функциональный концепт психотехнического анализа).

В соответствие с данными принципами, методология психотехнического анализа:

- 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 метамоделей 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 эффективность психотерапевтического или консультативного 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 си-

стемный фактор, а так же – 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, отчётах, 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 заключается в возможности создании адекватного механизма управления качеством 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 необходимо использование стандартов профильной помощи, разработанных на основании оценки эффективности имеющегося арсенала помогающих и развивающих практик;

- прикладной промежуточный результат разработки и совершенствования методологии психотехнического анализа заключается в том, что на ее 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.

Таким образом, разработанный функциональный концепт психотехнического анализа психотерапии, консультирования, иных помогающих и развивающих практик охватывает весь перечень критериев принадлежности к системе кодифицированных научных знаний. И, что очень важно, наиболее полно проясняет возможность применения к психотерапии критериев с 4-го по 7-ой. Что, собственно, и является решающим аргументом в пользу отнесения профессиональной психотерапии к корпусу науки.

#### **4. Основные параметры, учитываемые универсальные и специальные единицы психотехнического анализа**

В соответствие со всем сказанным, основными исследуемыми параметрами в разработанной нами методологии психотехнического анализа, являются макротехнологический, метатехнологический и структурно-технологический ряды учитываемых признаков трёхуровневой развивающей коммуникации. А так же – специальные результирующие параметры: субъективные характеристики статуса клиента (степень выраженности синдрома деморализации; уровень вовлечённости в пространство психотерапии; динамика заявляемой проблемы; характеристика состояния клиента по данным катamnестического исследования); объективные характеристики терапевтической динамики (профессиональная оценка динамики актуальных и универсальных мишеней психотерапии).

Совокупность универсальных единиц психотехнического анализа, дифференцируемых по исследуемым параметрам, была выведена нами на основании доказанной – в ходе проведения комплексных исследований 2001-2014 гг. – эффективности каждого из описываемых в настоящем подразделе содержательных компонентов трёхуровневой развивающей коммуникации. В то же время, данная совокупность может дополняться или претерпевать более существенные изменения в соответствие с аргументированной позицией лидеров психотерапевтических или консультативных модальностей.

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

4.1.1. *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 формат 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 так же 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; на 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 цик-

---

---

ла, которые по времени и функциональному содержанию, в основном, совпадают со стадией действий (4) в схеме мотивационных изменений по Д. Прохазка, К. ДиКлементе. А так же – 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 метаанализов и результатам наших собственных исследований – из общего потока обращающихся на первичный психотерапевтический или консультативный приём, доля таких лиц составляет до 60%.

Данную, достаточно чётко очерчиваемую и многочисленную 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 сессии 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.

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 (модальности) профильной помощи.

*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, встаёт 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 (модальностей) профессиональной психотерапии или психологического консультирования, разработанных специально для этих целей. Далее, как специфическую особенность данного стратегического вариан-

та, 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.

**4.1.2. Кросс-секционные макротехнологические стратегии**, определяющие последовательность и особенности прохождения этапов трёхуровневой развивающей коммуникации, выстраиваются в соответствии с вариантами лонгитюдных макротехнологических стратегий. В связи с этим определяются: базисный вариант кросс-секционных макротехнологических стратегий, функциональная структура которого используются 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 (в данном, конкретном случае описываются варианты, разработанные для полимодальной психотерапии, которые при наличии такой необходимости могут быть адаптированы для любых других психотерапевтических модальностей, консультативных и других помогающих и развивающих технологий) 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 «весового» вклада каждого дифференцируемого компонента. В связи со сказанным, основными содержательными компонентами рассматриваемого варианта является последовательность этапов оформления психотерапевтической коммуникации, мак-

---

---

ротехнологические 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: этап 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 синергетической 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; подчёркнутое 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 неопределённости, 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 – это 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 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 следующим 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 теории 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 – это 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, интерсубъективных 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 результатам 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 «премьера спектакля», который тщательно готовился на предшествующих «репетициях». В любом случае вклад данного этапа в обеспечение 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, в 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.

б) 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 – это 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 нагрузочным 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 завершенности, 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.

Вышеприведенная 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 глубокий 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. Притц, 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 также 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 специальной 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 долговременных 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 растиражированный 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 трех фаз адаптивно-креативного цикла.

**4.1.3. Когерентные стратегические макротехнологии** рассматривают следующие возможности эффективного сочетания помогающих, развивающих технологий и их временных форматов.

Сочетание 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 также 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.

Сочетание 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 считал, что одним из унифицированных аспектов психотерапии является «приобретение и отработка новых паттернов поведе-

---

---

ния» (1991). 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) при наличии сформированных на этапе прохождения экспресс-психотерапии чётких осмысленных целей и задач, высоких уровней мотивации по формированию устойчивых ресурсных состояний, надёжно профилактирующих появление деструктивных кризисных волн в жизни клиента; 2) при трансляции модели трёхуровневой развивающей коммуникации на этап прохождения тренинговых технологий с адекватной метатехнологической поддержкой 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.

Сочетание 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 состо-

яний зависимости, хронических психических и соматических заболеваний. Но, также – 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 желания 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 критериям адекватности и полноты, которые выводятся на основании вышеприведённых и других (аргументированных в соответствующих психотерапевтических или консультативных дискурсах) характеристик. Такая оценка является важнейшим промежуточным индикатором технологической состоятельности процес-

---

---

са форсированного развития качественных характеристик психического здоровья – основного компонента предметной сферы помогающих и развивающих практик.

4.2. Краткое описание учитываемых единиц психотехнологического анализа, дифференцируемых по метатехнологическому параметру, включает номинацию основных метатехнологий и универсальных механизмов, обеспечивающих гиперпротекцию структурированных техник (важнейшая позиция сочетания кросс-секционных макротехнологических стратегий и метатехнологий, используемых на каждом этапе оформления терапевтической или консультативной коммуникации, которая так же относится и к параметру метатехнологического уровня, рассматривалась нами в предыдущем подразделе).

По результатам проведенного комплексного исследования (А.Л. Катков, 2013) нами была отмечена особая значимость следующих метатехнологических характеристик, имеющих отношение к главному и наиболее востребованному эффекту профессиональной психотерапии – достижению максимальных конструктивных и продолжающихся изменений в минимальное время.

#### 4.2.1. **Конструктивистские метатехнологии, имеющие непосредственное отношение к формированию гиперпластического статуса вовлеченного субъекта**

*Я-техника.* Здесь имеется в виду эффективное сочетание особых ресурсных характеристик специалиста и проработанного личностного статуса «Я-профессионал» со всеми дифференцируемыми компонентами феномена «профессионального сознания», активизирующихся в ходе реализации терапевтической или развивающей коммуникации. 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 вовлеченного 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 – перспективном и вполне решаемом. 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 конкретные характеристики проработанного личностного статуса «Я-профессионал», включая феномен «профессионального сознания». 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 многочисленные, функциональные 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, обобщёнными 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 последние – 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 – определен 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 действительно хочет поделиться, и что эта информация в любом случае будет полностью конфиденциальной. Как правило, после такого подтверждения активность 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 метатехнология 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 движется 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 метатехнологическая 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 метатехнология 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 «невный» 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.

#### **4.2.2. Диагностические метатехнологии, имеющие отношение к управляемой активности внесознательных инстанций вовлечённого субъекта**

*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 субъек-

том 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, т. е., успешном выполнении им главного условия запуска «маховика» конструктивных изменений у клиента – трёхуровневой развивающей коммуникации.

*Манифестация глубинного – метатехнологического – 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.

Все вышеприведённые универсальные единицы психотехнического анализа по параметру метатехнологического уровня развивающей коммуникации – оцениваются по критериям адекватности и полноты, которые выводятся на основании вышеприведённых и других (аргументированных в соответствующих психотерапевтических или консультативных протоколах) характеристик. Такая оценка является весьма важным промежуточным индикатором технологической состоятельности процесса форсированного развития качественных характеристик психического здоровья с использованием профессиональных помогающих и развивающих практик.

4.3. Вопрос корректной, научно-обоснованной идентификации учитываемых единиц психотехнического анализа структурно-технологического уровня 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-технологического 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 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.

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 2001-2014 гг., может быть представлено следующими дефинициями: 1) *техника-метод* – содержание данного термина включает всю последовательность психотехнических действий, выстраиваемых 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 определённого 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 ключевой позицией, способствующей поиску конструктивного решения, здесь является признание факта того, 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 кон-



---

---

гломератом 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-коммуникативным 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.

Последовательные этапы такой достаточно сложной исследовательской процедуры, проводимой в рамках строгого научного эксперимента, 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 отсевом несущественных факторов; 3) *проведение процедуры кластерного анализа* с агрегацией исследуемых характеристик в однородные группы и выведением сводного (эммерджентного) параметра – универсальной единицы исследуемого 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 психотехнического анализа, реализуемого в рамках так называемой, рутинной практики, из приведённого исследовательского алгоритма реализуются только первый пункт. При этом устанавливается степень соответствия реали-

зуемой психотехнической практики рекомендуемому протоколу (разработанному профессиональному стандарту), принятому в рамках определённой психотерапевтической модальности по критериям адекватности и полноты. Такого рода протоколы, обычно, содержат описание определённого алгоритма структурированных психотехнических действий, которые, в нашем случае, являются основными учитываемыми признаками, а сам этот протокол – универсальной, агрегированной единицей психотехнического анализа структурно-технологического уровня развивающей коммуникации.

4.4. Специальные учитываемые единицы (признаки), идентифицируемые по субъективному и объективному результирующим параметрам, определяются в качестве таковых, во-первых, потому, что их ассортимент и степень значимости каждого отдельного учитываемого признака может существенно различаться в зависимости от конкретных исследовательских задач. Во-вторых, на основании того, что в ряде случаев чаще, при оценке по объективному результирующему параметру, специальные учитываемые признаки отслеживаются с использованием дополнительных оценочных инструментов.

В разработанном, шкалированном варианте протокола психотехнического анализа предусматривается возможность измерения таких специальных признаков, которые свидетельствуют о промежуточной и итоговой эффективности используемых технологических подходов.

Так, по параметру субъективных характеристик статуса клиента, предлагается определять степень выраженности: синдрома деморализации; уровня вовлечения клиента в, так называемое, пространство психотерапии; динамику заявляемой клиентом проблемы; характеристику состояния клиента по данным катamnестического исследования. Исследование вышеприведённых признаков, помимо непосредственной информации о статусе и реакциях клиента, позволяет определить метапозицию клиента в структуре адаптивно-креативного цикла и далее отслеживать динамику его продвижения по идентифицированным фазам и этапам данного цикла. То есть, здесь мы получаем достаточно надёжные промежуточные и итоговые индикаторы эффективности оцениваемого психотехнического процесса.

По параметру объективных характеристик терапевтической (развивающей) динамики исследуются компоненты актуальных и универсальных мишеней, определяемых в соответствие с установками конкретной психотерапевтической или консультативной модальности. Так, например, в разрабатываемой нами теории и практике стратегической полимодальной психотерапии (СПП), в качестве основной универсальной мишени определяются уровни психологического здоровья клиента, в частности – некоторые компоненты его устойчивого ресурсного состояния. Отслеживаемая объективная, в том числе по

---

---

данным компьютерного психологического тестирования, динамика данного учитываемого признака, сопоставленная с результатами исследования по параметру субъективных характеристик статуса клиента, в совокупности представляют вполне надёжные конечные индикаторы эффективности психотерапевтического процесса. Что, собственно, и подтверждается результатами проведённых комплексных исследований с использованием дополнительных индикативных шкал.

#### **5. Общие характеристики оценочного подхода, используемого в шкалированном варианте психотехнического анализа**

Процедура психотехнического анализа и последующей экспертной оценки эффективности реализуемой психотехнической практики должна предусматривать возможность количественной оценки универсальных единиц, определяемых по каждому коммуникативному уровню, а так же – динамики специальных учитываемых признаков, определяемых по результирующим параметрам субъективных характеристик статуса клиента и объективных характеристик терапевтической динамики.

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) такие характеристики состояния клиента, как синдром деморализации, уровень вовлечения в так называемое пространство психотерапии, динамику заявляемой клиентом проблемы; характеристику состояния клиента по данным катamnестического исследования, в критериях интенсивности; 3) степень функциональной активности в психотехнической коммуникации учитываемых по каждому дифференцируемому уровню универсальных единиц, в критериях адекватности запросу клиента, его объективно фиксируемому состоянию и заявляемому технологическому подходу (в отношении используемых структурированных техник), а так же – в критериях полноты; 4) степень 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, с оценкой такой динамики в критериях интенсивности; 5) оценка временного фактора; 6) оценка промежуточного результата, в критериях полноты соответствия ожиданиям клиента; 7) оценка конечного результата, в критериях полноты и соответствия ожиданиям клиента.

Процедура ранжирования указанных критериев и выведения их балльной оценки обеспечивает возможность проведения количественной оценки основных учитываемых – универсальных и специальных – единиц психотехнического анализа, а так же соответствующих статистических расчётов, необходимых в доказательной практике.

Основу приведённой оценочной схемы, как понятно из всего сказанного, представляют собственно психотехнические шкалы, которые в случае проведения комплексных исследований должны соотноситься с другими так называемыми «объективными» параметрическими рядами, характеризующими скорость продвижения субъекта по универсальному адаптивно-креативному циклу: нейрофизиологическими, психофизиологическими, нейроэндокринными, биохимическими, иммунологическими, эпигенетическими, экспериментально-психологическими, клинико-психологическими, социально-психологическими, и сложными индикаторами качества жизни – в зависимости от выдвигаемых целей и задач.

Однако, в нашем случае, наиболее динамичным и чувствительным к адаптационным изменениям является всё же системно-информационный уровень, на котором, собственно, и «располагается» предметная сфера помогающих и развивающих практик. Кроме того, нельзя не учитывать ограниченную ценность упомянутых «объективных» параметрических рядов – даже и в плане частоты необходимых измерений. Такие измерительные процедуры здесь, по преимуществу, реализуются только лишь на «входе» и «выходе» достаточно продолжительных психотехнических циклов, а системы непрерывного, высокоточного мониторинга многопрофильной функциональной активности организма, пока ещё, не находят широкого применения.

#### **6. Оценочные шкалы, схемы и порядок их использования в процедуре психотехнического анализа**

Протокол психотехнического анализа психотерапевтического или консультативного процесса в числе прочего предусматривает процедуру наблюдения за проведением данного процесса с фиксированием и оценкой динамики учитываемых признаков по специальным шкалам – занесение результатов шкалированной оценки в стандартные бланки и схемы, и далее, выведение общего заключения и рекомендаций по анализируемому психотехническому процессу. При этом основным инструментом психотехнического анализа являются разработанные оценочные шкалы, а первичной документальной базой – стандартные бланки и схемы.

Всего в процедуре психотехнического анализа предусмотрено заполнение девяти стандартных бланков, соответствующих дифференцируемым шкалам субъективного (шкалы 1-4) и объективного (шкалы 5-9) контроля психотехнического процесса. Далее, предусматривается выведение графика продвижения кли-

---

---

ента по этапам и фазам в общей схеме адаптивно-креативного цикла (итоговая схема 10). Так же предусмотрен специальный бланк общей информации, заполняемый специалистом-исследователем (11). Образцы стандартных бланков и итоговой схемы приводятся в приложениях 1-4 к настоящей статье.

Первым, ещё до начала психотерапевтической или консультативной сессии (но, только после проведения соответствующей процедуры информированного согласия клиента и знакомства с инструкцией по заполнению) заполняется бланк Шкалы (1) *Оценки клиентом степени выраженности синдрома деморализации*. Интенсивность степени выраженности синдрома деморализации оценивается в следующих градациях: отсутствие; слабая степень выраженности, средняя степень выраженности, выраженная степень (критерии выведения данных оценок приведены в стандартном бланке в рубрике «интерпретация»). Соответственно, выводится балльная оценка степени выраженности синдрома деморализации – 0, 1, 2, 3 балла. Данный стандартный бланк с выведением балльной оценки, заполняется клиентом, так же, и после завершения психотехнической сессии, и далее – в той степени кратности, которая оговорена со специалистом и клиентом. Балльная оценка степени выраженности синдрома деморализации у клиента переносится на итоговую схему продвижения по дифференцируемым этапам и фазам адаптивно-креативного цикла.

Далее, клиентом, по результатам проведённой сессии или анализируемого психотехнического цикла, и после проведения соответствующего инструктирования, заполняются бланк Шкала (2) *Оценки клиентом степени вовлечённости в психотерапевтическое пространство*, а так же – бланк Шкалы (3) *Оценка клиентом динамики заявляемой проблемной ситуации в ходе проведения психотерапии*.

Интенсивность вовлечённости клиента в гиперпластическое психотерапевтическое пространство оценивается в следующих градациях: отсутствие; слабая степень выраженности, средняя степень выраженности, выраженная степень. Соответственно, выводится балльная оценка – 0, 1, 2 балла. Кроме того, по результатам данной оценки делаются выводы о полноте используемых макро и метатехнология в следующих градациях: «недостаточная», «средняя степень достаточности», «достаточная». Эти выводы учитываются при анализе параметров объективного контроля и при выведении общего заключения психотехнического анализа.

Субъективная динамика заявляемой клиентом проблемы оценивается в градациях: отсутствие динамики или ухудшение; слабая степень выраженности конструктивной динамики; средняя степень конструктивной динамики; максимальная степень конструктивной динамики. Соответственно, выводится балльная оценка – 0, 1, 2, 3 балла. По результатам данной оценки делаются выводы о продвиже-

нии клиента по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла.

Бланк Шкалы (4) *Оценка клиентом признаков наличия-отсутствия устойчивого ресурсного состояния в охватываемый катamnестическим исследованием период* заполняется клиентом в той степени кратности, которая предусмотрена задачами исследовательского процесса. При этом степень сформированности устойчивого ресурсного состояния у клиента (конечного индикатора эффективности помогающей или развивающей практики, свидетельствующего о достижении высоких кондиций психологического здоровья) оценивается в градациях: отсутствие признака или ухудшение; неустойчивый статус признака; устойчивый статус признака. Соответственно, выводится балльная оценка – 0, 1, 2 балла. По результатам данной оценки так же делаются выводы о продвижении клиента по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла.

Далее, по мере реализации таких обязательных компонентов процедуры психотехнического анализа, как наблюдение за проведением психотехнического процесса с фиксированием и оценкой динамики универсальных учитываемых единиц, специалист, проводящий исследование, использует следующие шкалы объективного контроля.

Бланк Шкалы (5) *Оценка маротехнологических параметров психотерапевтической коммуникации* заполняется специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или цикла, в последнем случае – с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. Оценка производится по критериям адекватности в следующих градациях: отсутствие или неадекватное использование учитываемых универсальных единиц макротехнологического параметра – 0 баллов; недостаточная адекватность – 1 балл; адекватное использование учитываемых универсальных единиц макротехнологического параметра – 2 балла, а так же в критериях полноты в градациях: отсутствие анализируемого признака – 0 баллов; слабая степень представленности – 1 балл; достаточная степень представленности – 2 балла. При этом отдельная оценка по всем поименованным критериям и градациям производится в отношении каждой универсальной единицы анализа. Если в выведении такой оценки учитывались результаты субъективного контроля, то специалистом, проводившим исследование, делается соответствующая запись в рубрике «дополнительные комментарии». В этой же рубрике, в случае необходимости, делается отметка о неприменимости – в отношении анализируемой психотехнологии – соответствующего подраздела психотехнического анализа.

Бланк Шкалы (6) *Оценка метатехнологических параметров психотерапевтической коммуникации*, так же заполняется специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или цикла с

---

---

той степени кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. Оценка производится по критериям адекватности в следующих градациях: отсутствие или неадекватное использование учитываемых универсальных единиц метатехнологического параметра – 0 баллов; недостаточная адекватность – 1 балл; адекватное использование учитываемых универсальных единиц метатехнологического параметра – 2 балла, а так же в критериях полноты в градациях: отсутствие анализируемого признака – 0 баллов; слабая степень представленности – 1 балл; достаточная степень представленности – 2 балла. При этом отдельная оценка по всем поименованным критериям и градациям производится в отношении каждой дифференцируемой группы универсальных единиц анализа – диагностических, конструктивистских метатехнологий, а так же – универсальных механизмов развивающей коммуникации. В случае если в выведении такой оценки учитывались результаты субъективного контроля, специалистом, проводившим исследование, то делается соответствующая запись в рубрике «дополнительные комментарии». В этой же рубрике по аргументированным основаниям делается отметка о неприменимости – в отношении анализируемой психотехнологии – соответствующего подраздела психотехнического анализа.

Бланк Шкалы (7) *Оценка структурно-технологических параметров психотерапевтической коммуникации*, заполняется специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или цикла с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. Оценка производится по критериям адекватности в следующих градациях: неадекватное использование универсальных учитываемых единиц (здесь имеется в виду разработанный протокол использования структурированных техник анализируемого психотехнического процесса, например, определённой психотерапевтической модальности, либо – рекомендуемый кластер соответствующих диагностических и конструктивистских технологий) структурно-технологического параметра – 0 баллов; недостаточная адекватность – 1 балл; адекватное использование учитываемых универсальных единиц структурно-технологического параметра – 2 балла, а так же в критериях полноты в градациях: крайняя недостаточность учитываемого признака (здесь имеются в виду используемые технологические блоки или конкретные структурированные техники) – 0 баллов; слабая степень представленности – 1 балл; достаточная степень представленности – 2 балла. При этом отдельная оценка по всем поименованным критериям и градациям производится в отношении каждой дифференцируемой группы учитываемых единиц анализа – используемых диагностических, конструктивистских структурированных техник, а при необходимости – и в отношении каждой используемой структурированной техники. В случае если в учитываемых протоколах,

разработанных в рамках определённых психотерапевтических, консультативных модальностей, дублируются универсальные единицы макротехнологического или метатехнологического параметра, проанализированные в соответствующих разделах, то специалистом, проводившим исследование, делается соответствующая запись в рубрике «дополнительные комментарии». В этой же рубрике по аргументированным основаниям делается отметка о неприменимости – в отношении анализируемых структурированных психотехнологий – соответствующего подраздела психотехнического анализа.

Бланк Шкалы (8) *Оценка идентификации и терапевтической динамики специфических мишеней психотерапевтического процесса*, так же заполняется специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или цикла с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. В первую очередь здесь заполняется графа «Номинация специфических мишеней», куда вносятся все идентифицированные специалистом-практиком актуальные мишени психотехнического процесса. Оценка по данному учитываемому признаку производится по критериям адекватности в следующих градациях: отсутствие или неадекватная идентификация специалистом актуальных мишеней – 0 баллов; недостаточно адекватная идентификация актуальных мишеней – 1 балл; адекватная идентификация актуальных мишеней – 2 балла. Далее, в критериях полноты производится оценка терапевтической динамики актуальных мишеней. При этом используются следующие градации: динамика ухудшения, отсутствие или крайняя недостаточность учитываемого признака – 0 баллов; слабая степень конструктивной динамики – 1 балл; достаточная степень конструктивной динамики идентифицированных актуальных мишеней – 2 балла. В случае если выведение определённых актуальных мишеней входит в разработанный протокол реализации какой-либо психотерапевтической или консультативной модальности и, по сути, дублирует структурированные диагностические технологии, то специалистом, проводившим исследование, делается соответствующая запись в рубрике «дополнительные комментарии». В этой же рубрике, по аргументированным основаниям, делается отметка о неприменимости – в отношении анализируемой психотехнологии – соответствующего подраздела психотехнического анализа.

Бланк Шкалы (9) *Оценка идентификации и терапевтической динамики универсальных мишеней психотерапевтического процесса*, заполняется специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или всего терапевтического, либо консультативного цикла с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. Здесь так же в первую очередь заполняется графа «Номинация универсальных мишеней», куда вносятся все идентифицированные специалистом-прак-

---

---

тиком, универсальные мишени психотехнического процесса. Оценка по данному учитываемому признаку производится по критериям адекватности в следующих градациях: отсутствие или неадекватная идентификация специалистом универсальных мишеней – 0 баллов; недостаточно адекватная идентификация универсальных мишеней – 1 балл; адекватная идентификация актуальных мишеней – 2 балла. Далее, в критериях полноты производится оценка терапевтической динамики универсальных мишеней. При этом используются следующие градации: динамика ухудшения, отсутствие или крайняя недостаточность учитываемого признака – 0 баллов; слабая степень конст-руктивной динамики – 1 балл; достаточная степень конструктивной динамики идентифицированных универсальных мишеней – 2 балла. В случае если выведение определённых универсальных мишеней входит в разработанный протокол реализации какой-либо психотерапевтической или консультативной модальности и, по сути, дублирует структурированные или метатехнологии диагностического блока, то специалистом, проводившим исследование, делается соответствующая запись в рубрике «дополнительные комментарии». В этой же рубрике, по аргументированным основаниям, делается отметка о неприменимости – в отношении анализируемой психотехнологии – соответствующего подраздела психотехнического анализа.

Итоговая схема (10) *График продвижения клиента по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла*. Данная схема заполняется специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или всего психотерапевтического, либо консультативного цикла с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. При этом используются данные шкалированной оценки психотехнического процесса, полученные по параметрам субъективного и объективного контроля. Важным моментом этой последней процедуры является возможность отслеживания скорости конструктивных изменений в адаптивном статусе клиента. Время соответствующих измерений здесь обозначается на горизонтальном векторе схемы, где, кроме того, отмечены все этапы и фазы адаптивно-креативного цикла. На вертикальном векторе схемы обозначена шкала балльной оценки степени выраженности синдрома деморализации – наиболее чувствительного индикатора адаптационных кондиций субъекта. В сущности, данная схема демонстрирует факт того, что основным эффектом использования помогающих и развивающих психотехнологий является существенное возрастание скорости конструктивных изменений в адаптационном статусе субъекта. Но так же важно и то, что конструктивные адаптационные изменения здесь адекватно «определены» и доступны для дифференцированной оценки.

*Специальный бланк общей информации* (11) заполняется специалистом-исследователем в тот мо-

мент, когда имеются все необходимые данные по каждому из разделов, касающихся статуса клиента, комплекса реализуемых технологий и компетенций специалиста-практика.

*Итоговое заключение* готовится специалистом – исследователем на основании шкалированного протокола (все 11 поименованных позиций) психотехнического анализа. Аргументированное заключение содержит ответ на вопрос того, за счёт каких именно технологических компонентов анализируемого психотехнического процесса зафиксированный результат был достигнут. И какие именно технологические дефициты послужили препятствием к достижению максимально возможного результата. Таким образом, проясняются компетенции, над которыми предстоит работать специалисту. Итоговое заключение, кроме того, может содержать рекомендации по адресному проведению супервизии в отношении каких-либо компонентов психотехнического процесса. Текст итогового заключения составляется в произвольной форме, избираемой специалистом-исследователем.

## **7. Общий алгоритм проведения психотехнического анализа**

Психотехнический анализ проводится в четыре этапа: предварительный; субъективного и объективного контроля; исследования по дополнительным параметрам; аналитического. Этап исследования психотехнического процесса по дополнительным, «объективным» параметрам включается в данную схему при проведении соответствующих научных изысканий.

*На предварительном этапе*, в случае принятия специалистом-практиком решения о проведении психотехнического анализа, клиент ставится в известность о таком решении. При этом проводится простое собеседование, без протокольного оформления процедуры информированного согласия. При этом подтверждаются гарантии полной конфиденциальности получаемой, таким образом, информации.

Протокол психотехнического анализа предусматривает возможность проведение такой процедуры как специалистом-исследователем, с соответствующим уровнем компетенции в данной области, так и подготовленным специалистом-практиком, непосредственно реализующим психотехнический процесс (вариант самоанализа). Вариант проведения психотехнического анализа психотерапевтической или консультативной практики специалистом-исследователем предусматривает необходимость предварительного согласования со специалистом-практиком, в ходе чего обсуждаются задачи и аргументированные акценты в проведении данной аналитической процедуры, а также объём охватываемого терапевтического или консультативного цикла.

*На этапе субъективного и объективного контроля* клиентом и специалистом заполняются соот-

---

---

ветствующие бланки, и далее, производится шкалированная оценка получаемой, таким образом, информации. При наличии необходимых навыков процедура шкалированной оценки психотехнического процесса специалистом-исследователем или специалистом-практиком, обычно, не вызывает каких-либо сложностей. Что касается оценочной активности клиента, то здесь возможны попытки выяснения какие ответы являются «правильными». В этом случае, возможен дополнительный инструктаж и не директивная поддержка клиента специалистом, проводящим исследование.

*Этап исследования психотехнического процесса по дополнительным параметрам*, используемый в рамках соответствующих научных изысканий, реализуется параллельно с этапом субъективного и объективного контроля. Здесь имеют значение факты предварительного информированного согласия клиента на проведение дополнительной, и, порой, весьма нагруженной исследовательской процедуры; наличия чёткой методологии и графика реализации соответствующих диагностических исследований. Далее, важно понимать, что так называемые «объективные» исследовательские параметры – нейрофизиологические, клиничко-биохимические, экспериментально-психологические и пр. – ни в коем случае не заменяют основные компоненты психотехнического анализа, адресованного к основному, системно-информационному уровню функционирования субъекта. Именно на данном уровне развёртывается процесс эффективной самоорганизации клиента – с использованием ресурсного потенциала помогающих и развивающих практик – и в полной мере реализуется функциональная активность характеристик категории психологического здоровья, в совокупности обеспечивающих существенное расширение адаптационных возможностей вовлеченного субъекта.

*Аналитический этап* реализуется по завершению всех предусмотренных измерительных процедур. В ходе чего должны быть сделаны аргументированные выводы о состоятельности психотехнического процесса по всем, наиболее значимым компонентам. При этом основными аргументами здесь являются результаты шкалированной оценки универсальных и специальных учитываемых единиц психотехнического анализа, а так же – графики продвижения клиента по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла. Практический «выход» данного этапа, помимо сказанного, возможность выстраивания продуманного и адресного маршрута профессионального развития (варианты последипломного, дополнительного и непрерывного профессионального образования) для специалистов-практиков; возможность выстраивания программы дифференцированной супервизорской оценки идентифицированных, в ходе проведения процедуры психотехнического анализа, дефицитарных компонентов реализуемых ими помогающих и развивающих практик.

---

---

## **8. Психотехнический анализ в сочетании с другими практиками оценки эффективности психотехнического процесса**

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 проведенную им психотехническую сессию или цикл), супервизии, проведении балинтовских групп и пр. – имеет свои особенности.

В исследовательской практике предполагается использование шкалированного варианта протокола психотехнического анализа, как одного из инструментов первичной регистрации необходимой информации, с целью последующей интерпретации и корректного сравнения полученных результатов в достаточно многочисленных исследуемых группах. Данный инструмент, как и другие исследовательские технологии, используемые в масштабных научных проектах, в существенной степени «обезличен», поскольку не имеет прямой 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 непосредственно «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 так же практика проведения балинтовских групп, включающие использование результатов психотехнического анализа, наоборот, акцентированы на исследование 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. Разработанные же 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 специальными 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 отсутствие 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 предваритель-

но 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 такого профессионального развития.

## **9. Особенности подготовки специалистов-исследователей и специалистов-практиков по программе «Теория и практика психотехнического анализа»**

Предполагается, что необходимый базис теоретической (20 часов) и практической (40 часов) подготовки по спецификации компетенций в сфере психотехнического анализа помогающих и развивающих практик, реализуемого по вышеприведённой методологии, должен входить в основной блок подготовки специалистов-психотерапевтов и консультантов. Данный базис может дополняться циклами теоретической и практической подготовки (от 40 часов и более) по спецификациям проведения психотехнического анализа в рамках определённых психотерапевтических или консультативных модальностей.

Специалист-исследователь, кроме того, должен получить дополнительное образование по профилю проведения полимодальной супервизии и супервизии в избранной модальности, в объёме, прописанном в соответствующем образовательном стандарте, а так же – дополнительное образование в сфере методологии проведения научных исследований (соответствующий образовательный стандарт в настоящее время находится на стадии разработки).

При этом предполагается, что специалисты-исследователи, равно как и специалисты-практики имеют достаточный уровень подготовки в сфере общей теории психотерапии, консультирования (в частности, – в сфере концепта трёхуровневой развивающей коммуникации и соответствующего технологического оформления данных, дифференцируемых уровней). Если же, таких компетенций не обнаруживается, то необходимый базис теоретической подготовки должен быть увеличен с 20 до 50 часов; базис практической подготовки – с 40 до 80 часов.

## **Заключение**

Описанная в настоящем сообщении методология проведения психотехнического анализа помогающих и развивающих практик, прежде всего, психотерапии и психологического консультирования, с нашей точки зрения, является реальным шагом к признанию профессиональной психотерапии в качестве самостоятельной научно-практической дисциплины.

---

---

Основные компоненты психотехнического анализа адресованы к системно-информационному адаптационному уровню, на котором развёртывается процесс эффективной самоорганизации субъекта, и который представляет уникальную предметную сферу профессиональной психотерапии.

Разработанная и апробированная в соответствующих исследовательских фрагментах методология психотехнического анализа построена на возможности корректной оценки ресурсного потенциала помогающих и развивающих практик, дифференцированной по основным параметрам, универсальным и специальным учитываемым единицам, а так же – по конечным индикаторам скорости прохождения основных этапов и фаз адаптивно-креативного цикла.

Данная методология, открытая для использования всеми основными модальностями профессиональной психотерапии и консультирования, предус-

матривает возможность сочетания как собственно психотехнических, так и «объективных» оценок эффективности анализируемых помогающих и развивающих практик, выводимых по дополнительным исследовательским параметрам.

Таким образом, достигается максимально возможный – с учётом разработанного теоретического оснащения и технологического оформления современной психотерапии – уровень соответствия с критериями принадлежности профессиональной психотерапии к кодифицированной системе научных знаний.

Всё вышесказанное свидетельствует о том, что масштабное внедрение разработанной методологии психотехнического анализа в психотерапевтическую и консультативную практику будет способствовать существенному повышению качества оказываемой профильной помощи.

#### **Список литературы:**

1. Валентик В.Ю. *Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Дисс. докт. мед. наук.* – М., 1993. – 350 с.
2. Василюк Ф.Е. *От психологической практики к психотехнической теории* // *Московский психотер. журнал.* – 1992. – № 1. – С. 15-32.
3. Василюк Ф.Е. *Психотехнический анализ психотерапевтического процесса* // *Вопросы психологии.* – 1998. – № 6. – С. 40-43.
4. Выготский Л.С. *Исторический смысл психологического кризиса* // *Соч. в 6 томах.* – М.: Педагогика, 1982-1983.
5. Катков А.Л. *Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование).* – Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.
6. Катков А.Л. *Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)* // *Теория и практика охраны психического здоровья.* – 2015. – № 1 (1). – С. 2-88.
7. Катков А.Л. *Полимодальная экспресс-психотерапия* // *Профессиональная психотерапевтическая газета.* – М., 2011. – № 11 (107). – С. 18.
8. Кулаков С.А. *Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии.* – СПб.: Речь, 2002. – 236 с.
9. Назыров Р.К. *Научный анализ состояния психотерапии в России и теоретико-методологическое обоснование ее дальнейшего развития: Автореферат дисс. на соискание степени д.м.н.* – СПб., 2012. – С. 21-23.
10. Притц А., Тойфельхарт Х. *Психотерапия – наука о субъективном* // *В кн. Психотерапия: Новая наука о человеке.* – М.: Академический проект, 1999. – С. 10-30.
11. Прохазка Дж., ДиКлементе К., Норкросс Дж. *Психология позитивных изменений.* – М., 2013. – 306 с.
12. Прохазка Дж., Норкросс Дж. *Системы психотерапии* // *6-е международное издание.* – М.: «Олма-пресс», 2005. – 383 с.
13. Цапкин В.Н. *Единство и многообразие психотерапевтического опыта* // *Московский психотерапевтический журнал.* – 1992. – № 2. – С. 5-40.
14. Чугунов В.В., Михайлов В.В. *Психотерапия и клинико-феноменологический метод* // *Психотерапия, клиническая психология. Психоанализ.* – 2010. – Т. 14. – № 1(50). – С. 84-99.
15. Frank J.D., Frank J. *Persnasion and bealing (3<sup>rd</sup> ed.).* – Baltimore: Johas Hopkins University Press, 1991. – 196 p.
16. 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.
17. Grawe K. *Research – informed psychotherapy* // *Psychotherapy Research*, 7, 1. – 1997. – P. 1-19.
18. 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.



## Приложения

### Приложение 1

#### Сводный протокол психотехнического анализа психотерапевтического процесса

(шкалы субъективного контроля 1-4, блок общих сведений о клиническом статусе клиента квалификации специалиста, используемой психотерапевтической технологии и сопутствующих методах диагностики и терапии)

#### Шкала (1) оценки клиентом степени выраженности синдрома деморализации

(заполняется клиентом до начала терапевтического процесса, после каждой терапевтической сессии и во время проведения катamnестического исследования)

Низкий уровень самооценки	1	2	3	4	5	Высокий уровень самооценки
Чувство безнадежности, беспомощности	1	2	3	4	5	Чувство надежды, присутствия духа в данной ситуации
Чувство страха	1	2	3	4	5	Мобилизация
Уныние	1	2	3	4	5	Позитивный настрой
Тревога	1	2	3	4	5	Спокойствие
Спутанность мышления	1	2	3	4	5	Ясность мышления
Неприятные телесные ощущения	1	2	3	4	5	Ощущение телесного комфорта

**Инструкция по заполнению:** цифры 1 и 5 – означают «точно про меня»; цифры 2 и 4 означают «скорее, про меня»; цифра 3 означает «затрудняюсь ответить».

Выберете ответ (нужную цифру обведите кружком), который соответствует вашему состоянию на момент заполнения карты.

**Интерпретация:** количество ответов в левом поле – от 5-х до 7 свидетельствует о наличии выраженного синдрома деморализации (СД); от 2 до 4 – наличии средней степени СД; от 1 до 2 – слабой степени СД; ответы по центру (3) и расположение ответов в правом поле свидетельствуют об отсутствии признаков СД или наличии соответствующих проявлений первичного ресурсного состояния.

#### Шкала (2) оценки клиентом степени вовлеченности в психотерапевтическое пространство

(заполняется клиентом после проведения каждой психотерапевтической сессии)

У меня нет интереса к проводимой психотерапии	1	2	3	4	5	Меня интересует всё, что происходит в ходе психотерапии
Не чувствую понимания со стороны психотерапевта	1	2	3	4	5	Психотерапевт вполне понимает меня и мою ситуацию
Не испытываю доверия к психотерапевту	1	2	3	4	5	Вполне доверяю специалисту-психотерапевту
Мне неприятно «копание» в моих проблемах	1	2	3	4	5	Мне представляется важным и нужным уточнение моей ситуации
Ощущение тревоги и дискомфорта только усилилось	1	2	3	4	5	Появилось состояние спокойствия, комфорта и сосредоточенности
Не ожидаю пользы от такой психотерапии	1	2	3	4	5	Ожидания от такой психотерапии самые позитивные

**Инструкция по заполнению:** цифры 1 и 5 – означают «точно про меня»; цифры 2 и 4 означают «скорее, про меня»; цифра 3 означает «затрудняюсь ответить».

Выберете ответ (нужную цифру обведите кружком), который соответствует вашему состоянию на момент заполнения карты.

**Интерпретация:** количество ответов в левом поле – от 4-х до 6 свидетельствует о явной недостаточности или неэффективности используемых макро и метатехнологий (0 баллов); от 1 до 3 — об относительной недостаточности или неэффективности используемых макро и метатехнологий (1 балл); отсутствие ответов в левом поле и наличие ответов в правом поле свидетельствует о достаточности и высокой эффективности используемых макро и метатехнологий оцениваемого психотерапевтического процесса (2 балла).

---

---

**Шкала (3) Оценка клиентом динамики заявляемой проблемной ситуации  
в ходе проведения психотерапии**

(заполняется клиентом после проведения каждой психотерапевтической сессии)

- (А) В отношении проблемной ситуации все окончательно «запуталось» и стало только хуже.
- (Б) В моем отношении и понимании проблемной ситуации все осталось на прежнем уровне.
- (В) В отношении проблемной ситуации стала появляться некоторая определенность.
- (Г) В отношении проблемной ситуации – теперь я понимаю что происходит и куда нужно двигаться.
- (Д) Появилось новое восприятие статуса проблемы (от «Слона» к «Мухе») и новое видение путей её решения.
- (Е) Проблема «растворилась», есть чёткое понимание задач, которые нужно решить и продвижение в направлении приемлемых результатов.
- (Ж) Все проблемы в прошлом. Приемлемый результат достигнут.

**Инструкция по заполнению:** Выберите ответ (нужный литер подходящего варианта ответа обведите кружком), который соответствует вашим настоящим ощущениям и пониманию проблемной ситуации, по поводу которой вы обратились на прием к психотерапевту.

**Интерпретация:** ответы (А) и (В) свидетельствует о нахождении клиента на этапе адаптивного напряжения общего адаптивно-креативного цикла (0 баллов); ответы (В) и (Г) свидетельствуют о переходе на этап актуализации креативного потенциала (1 балл); ответы (Д) и (Е) свидетельствуют о переходе на этап креативного синтеза (2 балла); ответ (Ж) свидетельствует о переходе клиента на этап реализации новых адаптивных норм (3 балла).

**Шкала (4) Оценка клиентом признаков наличия-отсутствия  
устойчивого ресурсного состояния**

**в охватываемый катamnестическим исследованием период**  
(заполняется клиентом в ходе проведения катamnестического исследования)

**(А) Какое у Вас преобладающее настроение в продолжение последних ... месяцев?**

- 1) хорошее
- 2) скорее хорошее
- 3) ровный фон, без особых колебаний
- 4) скорее плохое
- 5) плохое

**(Б) Довольны ли Вы собой в продолжение последних ... месяцев?**

- 1) да
- 2) скорее, да
- 3) затрудняюсь с ответом
- 4) скорее, нет
- 5) нет

**(В) Довольны ли Вы физическим самочувствием в продолжение последних ... месяцев?**

- 1) да
- 2) скорее, да
- 3) затрудняюсь с ответом
- 4) скорее, нет
- 5) нет

---

---

**(Г) Довольны ли Вы психическим самочувствием в продолжение последних ... месяцев?**

- 1) да
- 2) скорее, да
- 3) затрудняюсь с ответом
- 4) скорее, нет
- 5) нет

**Инструкция по заполнению:**

Выберете ответ по каждому предлагаемому вопросу (нужную цифру обведите кружком), который соответствует вашему состоянию в оцениваемый период времени.

**Интерпретация:** три или четыре ответа 1) и 2) по обозначенным позициям свидетельствуют о наличии признаков устойчивого ресурсного состояния (2 балла); один или два ответа 1) и 2) по каждой позиции в сочетании с другими ответами свидетельствуют о неустойчивом состоянии (1 балл); наличие трех или четырех ответов 3) и 4) по обозначенным позициям указывает о возврате клиента на стадию адаптивного напряжения в общей структуре адаптивно-креативного цикла (0 баллов).

Приложение 2

**Сводный протокол психотехнического анализа психотерапевтического процесса**  
(шкалы объективного контроля 5-9; итоговая схема – график продвижения клиента  
по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла)

**Шкала (5)**

**Оценка макротехнологических параметров психотерапевтической коммуникации**

**Кросс-секционная стратегия**

Оценка по критериям адекватности \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Оценка по критериям полноты \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дополнительные комментарии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Лонгитюдная стратегия**

Оценка по критериям адекватности \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Оценка по критериям полноты \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дополнительные комментарии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Когерентная стратегия**

Оценка по критериям адекватности \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

Оценка по критериям полноты

---

---

Дополнительные комментарии

---

---

**Шкала (6)**  
**Оценка метатехнологических параметров психотерапевтической коммуникации**

**Диагностические метатехнологии**

(по этапам психотерапевтической коммуникации,  
по каждой используемой технологии и в целом)

Оценка по критериям адекватности

---

---

Оценка по критериям полноты

---

---

Дополнительные комментарии

---

---

**Конструктивистские метатехнологии**

(по этапам психотерапевтической коммуникации,  
по каждой используемой технологии и в целом)

Оценка по критериям адекватности

---

---

Оценка по критериям полноты

---

---

Дополнительные комментарии

---

---

**Универсальные механизмы психотерапии**

(по каждому из четырех идентифицированных механизмов)

Оценка по критериям полноты

---

---

Дополнительные комментарии

---

---

---

---

**Шкала (7)**

**Оценка структурно-технологических параметров психотерапевтической коммуникации**

**Диагностические технологии**

(оценивается каждая используемая технология и параметр в целом)

Оценка по критериям адекватности

---

---

---

Оценка по критериям полноты

---

---

---

Дополнительные комментарии

---

---

---

---

**Конструктивистские технологии**

(оценивается каждая используемая технология и параметр в целом)

Оценка по критериям адекватности

---

---

---

Оценка по критериям полноты

---

---

---

Дополнительные комментарии

---

---

---

---

---

---

**Шкала (8)**

**Оценка идентификации и терапевтической динамики специфических мишеней психотерапевтического процесса**

**Номинация специфических мишеней**

---

---

Оценка по критериям адекватности (для каждой мишени и параметра в целом)

---

---

---

---

---

---

Дополнительные комментарии

---

---

---

---

**Оценка терапевтической динамики**  
(по каждой специфической мишени и параметра в целом)

Оценка по критериям интенсивности

---

---

---

Дополнительные комментарии

---

---

---

---

**Шкала (9)**  
**Оценка идентификации и терапевтической динамики универсальных мишеней  
психотерапевтического процесса**

**Номинация универсальных мишеней**

---

---

---

Оценка по критериям адекватности (для каждой мишени и параметра в целом)

---

---

---

---

Дополнительные комментарии

---

---

---

**Оценка терапевтической динамики**  
(по каждой универсальной мишени и параметра в целом)

Оценка по критериям интенсивности

---

---

---

---

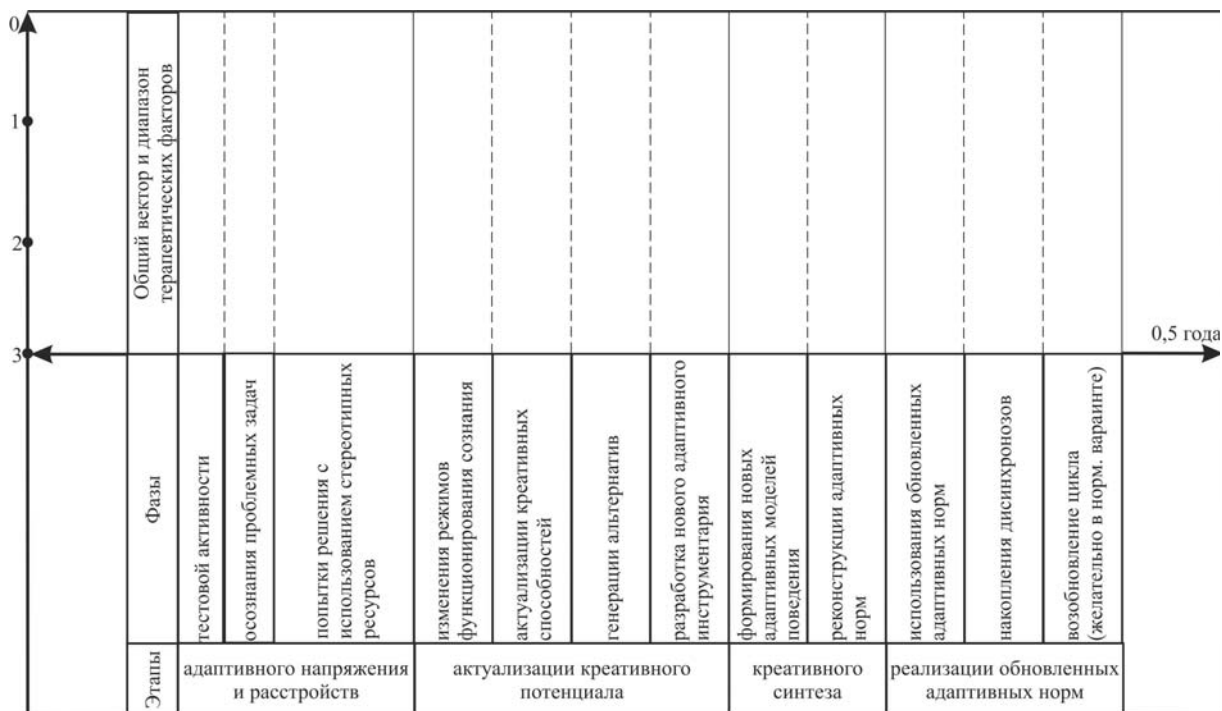
Дополнительные комментарии

---

---

---

**Итоговая схема – график продвижения клиента по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла**



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

**Специальный блок, заполняемый специалистом-исследователем**  
*(заполняется при проведении каждого исследования)*

Фамилия, имя, отчество пациента (клиента) \_\_\_\_\_

Год рождения, количество полных лет \_\_\_\_\_

Диагноз основного и сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_

Дата начала психотерапевтической программы \_\_\_\_\_

Дата проведения психотехнического исследования \_\_\_\_\_

Даты проведения исследований дополнительных объективных параметров (указать каких) \_\_\_\_\_

---

---

Полное название исследуемого психотерапевтического метода или комплекса методов \_\_\_\_\_

---

---

---

Сопутствующая медикаментозная терапия  
(указать название препаратов, дозировки и длительность применения) \_\_\_\_\_

---

---

---

Сопутствующие развивающие технологии (консультативные, тренинговые и другие) –  
указать полное название, длительность использования \_\_\_\_\_

---

---

---

Данные на специалиста-психотерапевта, реализующего исследуемую психотерапевтическую технологию  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Профессиональный стаж \_\_\_\_\_

Квалификационная категория \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения и комментарии \_\_\_\_\_

---

---

---

Ф.И.О. и подпись специалиста, проводившего психотехнический анализ



---

---

## ПСИХИАТРИЯ

### КАЧЕСТВО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

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

А.Л. Катков

г. Санкт-Петербург (Россия)

#### **3.4. Инструментально-методологические характеристики феномена качества психического здоровья**

##### *3.4.1. Вводная информация*

Идентификация инструментально-методологических характеристик сферы качества психического здоровья – задача особой сложности. Адекватное решение данной задачи, по определению, включает в себя проработку наиболее запутанных методологических узлов современной науки – необходимости адекватной, научной репрезентации феномена психического, как такового; понимания того, что есть категория качества, и способов ее измерения – по отношению к функциональной активности психики человека.

Ограниченный научный потенциал предлагаемых концептуальных подходов, использование заимствованной и, в целом, неадекватной рассматриваемым категориям, исследовательской методологии, – собственно, и определяли перманентное состояние кризиса, в котором последние десятилетия находились научно-практические направления, так или иначе включающие рассматриваемую проблематику в сферу своих интересов. Отсюда – несводимое множество критериев добывания, верификации, адекватности знания; некумулятивность знания в области психологической науки в целом, не говоря уже о такой «спорной территории», какой является категория качества психического здоровья (А.В. Юревич, 1999, 2001, 2005, 2006; В.А. Мазилев, 2006; А.Н. Ждан, 2007; В.А. Кольцова, 2007).

В частности, одним из явных признаков такого глубокого кризисного состояния в интересующей нас сфере можно считать появление тенденции возведения существующих здесь теорий и метатеорий в статус постмодернистских, постнеклассических научных подходов с оправданием такого «сепаратизма». Проводимый нами углубленный эпистемологический анализ показал, что апологетами таких «постнеклассических» подходов в психологии и психотерапии усваивается и используется, в основном, лишь расхожая фразеология и некоторые вырванные из контекста тезисы, при игнорировании фундаментальных принципов рассматриваемых подходов, ни в коей мере не отрицающих достижения позитивистской науки (Е.Е. Соколова, 2008; А.Л. Катков, В.В. Макаров, 2009). Далее, к проявлениям ме-

тодологического кризиса, безусловно, можно отнести и тенденцию полного отказа от использования установленных на сегодняшний день критериев принадлежности к кодифицированной системе научных знаний в сфере психотерапии, прикладной психологии и других направлений, являющихся теоретической основой для помогающих и развивающих практик. Такие радикальные тезисы выдвигаются на основании утверждения того, что современная наука – в смысле философско-методологического оформления и содержания естественнонаучных подходов – не готова к тому, чтобы адекватно решать сложнейшие проблемы становления личности и человеческих взаимоотношений, и что это и есть главный «камень преткновения» развития психотерапии и прикладной психологии как подлинно научных дисциплин. В частности, утверждается, что «научное тоннельное видение» разлагает целостную личность человека на составные «части», на отдельные процессы, на отдельные проявления, следовательно, мешают главной цели психотерапии и консультирования – утвердить целостность личности клиента.

В качестве альтернативы, соответственно, предлагаются варианты построения особых психотехнических теорий, в которых, наоборот, подчёркиваются и систематизируются различия между естественнонаучным академическим подходом и общей методологией реализации психологической практики; обосновывается особая технологическая парадигма развития таких направлений, как практическая психология и психотерапия, отличная от научной, но предъявляющая к теоретическому базису жёсткие требования. То есть, сами по себе вышеназванные психотехнические теории с выверенной общей методологией построения психотерапевтического или консультативного процесса в очередной раз демонстрируют наличие глубоких противоречий между естественнонаучными и гуманитарными подходами, но не предлагают каких-либо существенных идей по преодолению данной ситуации. Более того, авторы данных теорий, по-видимому, считают любое движение в данном направлении излишним и ничем не оправданным (Ф.Е. Василюк, 1992; В.Ю. Завьялов, 2000; А.В. Юревич, 2008).

Такое кризисное состояние, с нашей точки зрения, объясняется, прежде всего, дефицитом идей в сфере поиска подлинного системообразующего стержня, объединяющего признанные – психиатрии,

---

---

психологии – и становящиеся (психотерапия) научно-практические направления, в предметной сфере которых категория качества психического здоровья является очевидным приоритетом, а так же – дефицитом масштабных, комплексных исследований, подтверждающих дееспособность и высокий уровень научной эвристики в отношении найденного варианта системной организации обозначенных научных направлений и дисциплин.

В нашем случае, как понятно из всего сказанного, обозначенный системный дефицит предлагается преодолевать с помощью базисной исследовательской программы – универсального методологического инструмента, обеспечивающего адекватные исследовательские горизонты и высокие темпы развития поименованных научных направлений – с одной стороны; возможность «сведения» полученных результатов в единую систему и достижения соответствия этих результатов критериям принадлежности к кодифицированной системе научных знаний – с другой. Дееспособность и эвристичность данного системообразующего стержня, соответственно, подтверждается результатами комплексного исследовательского проекта, методологическая часть которого выстроена на основании разработанной базисной исследовательской программы.

В настоящем разделе приводятся основные характеристики данной программы, ориентированной на форсированное развитие научных дисциплин, имеющих отношение к достижению высоких уровней развития качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья – психотерапии, прикладной психологии и психиатрии.

3.4.2. Базисная научно-исследовательская программа (НИП) – центральный концепт в философско-методологических разработках известного в данной сфере специалиста И. Лакатоса – определяется как «последовательность научных теорий, которая выстраивается как развитие некой исходной – как правило, фундаментальной – теории, основные идеи, методы и предложения которой выдвигаются интеллектуальными лидерами науки и усваиваются научными сообществами». Сам И. Лакатос считал, что наука как таковая может рассматриваться в качестве гигантской исследовательской программы, подчиняющейся основному эвристическому правилу К. Поппера: «Выдвигай гипотезы, имеющие большее эвристическое содержание, чем у предшествующих» (И. Лакатос, 2003). Последняя констатация этих всеобъемлющих свойств НИП чрезвычайно важна, поскольку именно сфера психического, в частности, категория качества психического здоровья, является чрезвычайно обширной зоной, неким «облаком» противоречивой информации – без каких-либо очерченных границ. Эту зону невозможно охватить какой-то одной теорией, пусть даже и фундаментальной, а только лишь объёмным кластером проработанных теорий, положений и концепций, вы-

строенных на основании системообразующего стержня НИП. В этом смысле, нужно понимать, какая исследовательская метапозиция и система фундаментальных допущений выполняют здесь функцию главной системообразующей идеи («фундаментальной теории» по И. Лакатос), что есть «жесткое ядро» и «вспомогательные гипотезы» в общей конструкции НИП, в каких динамических отношениях эти структурные компоненты находятся, и почему именно базисная научно-исследовательская программа, а, к примеру, не концепция научной парадигмы Т. Куна (1975), оказалась более адекватными для научной репрезентации феномена качества психического здоровья.

Проведённый нами – на предварительном этапе подготовки комплексного исследовательского проекта – эпистемологический анализ показал, что подлинно научную перспективу и результаты, ведущие к расширению границ бытия современного человека, имеют только те масштабные и комплексные исследования, которые выстроены на основании обновлённой эпистемологической платформы (А.Л. Катков, 2012). Данная историческая конструкция, выводимая из концепции эпистемологической археологии и эпистемологических разрывов известных французских философов и историков науки Гастона Башляра и Мишеля Фуко, рассматривает «ткань» науки под углом рекурсивного исторического анализа, проясняющего, в частности, главные ограничения доминирующих эпистемологических подходов. Несомненное достоинство такого системообразующего стержня НИП заключается в том, что обновлённая эпистемологическая платформа содержит потенциал преодоления центральной методологической проблемы корпуса знаний о качественных характеристиках психической деятельности человека – несводимости к естественнонаучному полюсу системы кодифицированных научных знаний. Между тем, сама идея и понятие научной парадигмы как раз и являются тем фундаментом, на основании которого выстраиваются ограничивающие стереотипы доминирующих эпистемологических полюсов – гуманитарного, естественнонаучного. Так же, здесь следует учитывать, что исследуемая проблематика в той или иной степени касается многих научных направлений, выстроенных на основе различных парадигмальных установок – психологии, психиатрии, аддиктологии, психотерапии, педагогики, социологии, специальной эпистемологии – с одной стороны; биологии, нейрофизиологии, генетики, философии и физике времени – с другой. И далее, конечно, необходимо иметь в виду, что в такой пока что «размытой» тематике, как категория качества психического здоровья, тесно сопряжённой с понятием личной и социальной эффективности, первоочередное значение имеют исследовательские контексты, которые так же выстраиваются на основании различных парадигмальных установок, и кото-

---

---

---

---

рые формируют кластер «вспомогательных гипотез» в макроконструкции НИП.

Наличие множества разнообразных плоскостей анализа, абсолютно неизбежное в рассматриваемой сфере, в данном случае не воспринимается как дефект и не устраняется из методологического содержания конкретных фрагментов НИП, поскольку в своём стержне базисная научно-исследовательская программа содержит возможность выведения общих информационных моделей рассматриваемой проблематики. Формирование таких двухмерных или даже – при определённых условиях – трёхмерных информационных моделей представляет собой универсальную технологию картирования отдельных научных проблем, дисциплин, направлений и науки в целом, реализуемую за счёт сложной математической обработки имеющихся массивов информации (D. Price de Solla, 1989; И.В. Маршакова-Шайкевич, 2009). В результате такого картирования, во-первых, становится понятной структура универсальной дисциплинарной матрицы, на определённых уровнях которой, собственно, и происходит распределение научных направлений по отдельным полюсам и специальностям; в то же время, на других, вышележащих уровнях агрегации научных знаний происходит конвергенция этих дисциплин и специальностей в более общие эпистемологические конструкции. И одна только констатация данного факта имеет большое значение для понимания перспективы преодоления обозначенного эпистемологического разрыва между конфликтующими полюсами научного знания. Во-вторых, появляется возможность полноценной идентификации наиболее перспективных исследовательских фронтов по рассматриваемой тематике, а так же – распределения этих фронтов между заинтересованными научными дисциплинами. Такая объёмная карта, учитывающая, в том числе, и методологические контексты, в которых были получены определённые массивы информации, является неперенным атрибутом современного научного планирования, помогает избежать непродуктивных затрат на производство неактуальных и вторичных знаний и является своеобразным методологическим «справочником» для исследовательских коллективов.

Далее, необходимо иметь в виду, что общая тенденция в развитии информационных технологий вообще и науки, как технологии производства научной информации, – в частности, сводится к формированию конгломератов так называемых «больших данных» (К. Кукбет, 2015). Современные суперкомпьютеры, а в недалёком будущем и каждый индивидуальный пользователь, будут способны извлекать из этого беспрецедентного информационного «облака» аргументированные ответы, практически, на любые, в том числе и наукоёмкие вопросы. Таким образом, например, могут быть получены ответы и на вопросы о том, какие перспективные исследова-

ния и с какой глубиной методологического горизонта могут быть реализованы в сфере качественных характеристик психического здоровья, а сама эта категория может быть рассмотрена из множества таких позиций, которые даже и не представлены в исследовательской практике. Соответственно, разработка профильной НИП – это «правильный шаг в правильном направлении» формирования такой информационной суперсистемы, с помощью которой преодолеваются противоречия и решаются задачи любой степени сложности.

3.4.3. На следующем иерархическом организационном уровне базисная научно-исследовательская программа должна содержать чёткие принципы оформления своих основных «рабочих» компонентов – вспомогательных гипотез по И. Лакатос, – выстроенных в соответствии с фундаментальной эпистемологической установкой НИП. В нашем варианте – это матричные принципы построения: 1) предметной сферы рассматриваемой проблематики; 2) актуального контекста, на основании которого идентифицируются существенные признаки исследуемой предметной сферы; 3) функциональных уровней научно-практических дисциплин, имеющих непосредственное отношение к исследуемой сфере; 4) системы профессиональных стандартов, разрабатываемых в рамках каждой такой дисциплины. Следование данному матричному принципу оформления рабочих фрагментов НИП позволяет уже на уровне предварительной инвентаризации исследуемого проблемного поля систематизировать имеющуюся информацию и выявить наиболее существенные дефициты. И далее, на институциональном уровне масштабного внедрения результатов НИП – проводить адекватный мониторинг эффективности по разработанным системным параметрам и индикаторам.

Матричный принцип определения предметной сферы рассматриваемого феномена качества психического здоровья предусматривает дифференциацию следующих уровней общего функционального каркаса категории качества психического здоровья и описание их системного взаимодействия:

– установочного уровня, на котором определяются базисные контексты и методологические принципы, на основании которых выстраивается исследовательская программа; важнейшее значение данного уровня в структуре основных компонентов НИП определяется фактом того, что общий алгоритм формирования таких базисных контекстов по отдельным направлениям НИП выделяется в специальный методологический раздел;

– идентификационного уровня, на котором разрабатываются соответствующие методологические подходы и определяются инструменты реализации исследовательской программы по основным направлениям, определяемым на основании выведения актуальных контекстов;

---

---

– структурно-содержательного уровня, раскрывающего функциональную иерархию содержательных характеристик феномена качества психического здоровья по каждому актуальному направлению НИП;

– технологического уровня, проясняющего основные (универсальные и специфические) механизмы форсированного развития высоких уровней индивидуального и социального психического здоровья;

– инструментально-методологического уровня, показывающего возможность разработки системы адекватных промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих уровни развития индивидуально и социального психического здоровья, фиксации значений данных индикаторов в исследовательской и рутинной практике; и, соответственно, возможность разработки соответствующего актуального направления НИП;

– институционального уровня, адресующегося к организационным моделям, обеспечивающим форсированное развитие искомых уровней 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;

– собственно системного уровня, представленного двумя рядами взаимосвязанных признаков: 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, мета-функциональным уровнем, рассматривающим системное взаимодействие качественных характеристик психического здоровья с другими, сопряжёнными категориями, имеющими отношение к индивидуальному и социальному здоровью.

В соответствии с определяемыми контекстами и выводимыми отсюда, основными направлениями базисной научно-исследовательской программы, эти дифференцируемые уровни могут наполняться специфическим содержанием, актуальным для соответствующего сегмента практической деятельности и последующего мониторинга эффективности.

Матричный принцип, используемый в отношении определения актуальных исследовательских контекстов и их последующей трансформации в основные направления НИП, содержит следующие установочные тезисы.

Главным принципом, определяющим общие направления и методологическую специфику исследовательских фрагментов, реализуемых в рамках НИП, является констатация фундаментального обстоятельства того, что изучение качественных характеристик феномена индивидуального и социального психического здоровья имеет свою специфику, отличную от позитивистских установок естественнонаучного

информационного полюса. Такого рода исследования в существенно большей степени, чем, например, изучение биологических основ психических и поведенческих расстройств, должны опираться на эпистемологические установки эпохи научного постмодерна:

– статус истины здесь не имеет абсолютного значения, а устанавливается исходя из заданного актуального контекста, который, по возможности, должен быть чётко сформулирован и расписан в соответствующих технических заданиях профильной НИП; таким образом, во-первых, появляется возможность корректного сравнения результатов исследований, выполненных в сопоставимых установочных форматах; а во-вторых – возможность агрегации этих результатов в единую информационную систему, формируемую с помощью универсальных инструментов НИП;

– базисные научные подходы, используемые в ходе реализации определенных направлений НИП, – внедисциплинарные, междисциплинарные, дисциплинарные – должны быть аргументированы исходя из специфики основного предмета исследования, так же выводимой из общего актуального контекста; последнее обстоятельство, в свою очередь, отражается на всей используемой методологии и терминологии;

– основной принцип, на основании которого формируется алгоритм реализации определённого направления НИП, должен быть, безусловно, функциональным; т.е. исследуемая качественная характеристика психического здоровья должна быть представлена через общую, частную или антагонистическую функцию, доступную измерению, легко трансформируемую в мишень для соответствующего терапевтического или развивающего воздействия, и далее – в систему промежуточных и конечных индикаторов, на основании динамики которых, например, делается вывод об эффективности предлагаемых инновационных технологий;

– при сохранении значимости ретроспективного (т.е. обращённого в прошлое) вектора исследования, приоритетным в общем формате НИП является проспективный – обращённый в будущее – вектор исследования, изучающий возможности форсированного развития конструктивного или, наоборот, стагнации деструктивного признака в требуемых параметрах масштаба и скорости изменений. В связи с этим, дискуссия о взаимозависимости биологических, социальных и психологических факторов в обеспечении уровней адаптации и качества жизни конкретного субъекта или исследуемых групп населения должна разворачиваться в сторону научно обоснованной аргументации того, в какой степени форсированное развитие качественных компонентов индивидуального либо социального психического здоровья способно компенсировать исходно неблагоприятные биологические или социальные обстоятельства, и обеспечивать устойчивую тенденцию

---

---

конструктивного развития субъекта или группы. Такое «вероятностное» прогнозирование должно проводиться в отношении всех предлагаемых способов влияния на качественные характеристики индивидуального или социального психического здоровья;

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

Следование вышеприведённым – главному и вспомогательным – принципам, собственно, и означает выстраивание методологической матрицы исследовательского процесса, адекватной определяемому, актуальному контексту.

Далее, матричный принцип должен использоваться как инструмент эпистемологического анализа в определении степени «приложимости» результатов комплексного исследования качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья к теоретической и практической части заинтересованных научно-практических дисциплин – психиатрии, психотерапии, прикладной психологии, аддиктологии, педагогики и пр. Такой анализ проводится в отношении каждого дифференцируемого уровня структурного каркаса дисциплинарной матрицы обозначенных научно-практических направлений по параметрам: 1) уровня фундаментальных допущений, определяющего принадлежность конкретной дисциплины к ареалу науки и далее – к какому-либо полюсу научных знаний – естественнонаучному, гуманитарному. Здесь существуют возможности перевода фундаментального базиса анализируемых научно-практических направлений на обновлённую эпистемологическую платформу и агрегации различных полюсов научного знания в единую непротиворечивую систему 2) уровень базисных научных дисциплин, теорий, концепций, представляющий те научные дисциплины с их основополагающими теориями и концепциями, с учётом которых формируются исходные установки рассматриваемой дисциплины; и далее, эти установки соотносятся с базисными методологическими характеристиками анализируемого направления НИП; 3) уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций, на котором представлены основные дисциплинарные разработки, доктринальные установки и принципы их реализации в системе действующих специальных институтов; на данном уровне определяется возможность неконфликтной имплементации полученных результатов в теоретическую и практическую часть анализируемых дисциплин; 4) уровень актуального профессионального поля, представленного обновляемым набором ак-

туальных знаний – умений – навыков, необходимых для профессионалов, действующих в сфере анализируемых научно-практических направлений; на данном уровне исследуется возможность расширения границ профессиональной компетенции профильных специалистов с учётом результатов реализованных направлений НИП; 5) уровень профессиональных стандартов, представленный системой таких стандартов, разработанной для исследуемых дисциплин. Профессиональные стандарты формируют «видимый» сектор рассматриваемых научно-практических направлений, непосредственно соприкасающийся с основными контактными группами потребителей профильных услуг. В случае адекватной ассимиляции полученных научных результатов НИП на двух предшествующих уровнях профессиональные стандарты рассматриваемых дисциплин могут и должны быть модифицированы, за счёт чего, собственно, и должно осуществляться инновационное развитие практики развития высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья.

Последний уровень дисциплинарной матрицы, наиболее приближенный к практической деятельности специалистов, кроме того, имеет самое прямое отношение к исследованию эффективности соответствующей профессиональной деятельности, а значит, – и определению степени соответствия выявленных качественных характеристик психического здоровья – актуальным социальным контекстам соответствующего направления НИП.

В связи с этим, система профессиональных стандартов представляет собой универсальный инструмент управления качеством практической деятельности, а так же – универсальный оценочный инструмент институционального раздела НИП, выстроенный по тому же матричному принципу.

Применительно к задачам настоящего комплексного исследования нами было сформулировано следующее функциональное определение системы профессиональных стандартов – нормативно заданная и согласованная активность соответствующих социальных институтов и служб, направленная на развитие высокого уровня качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, и обеспечение эффективного контроля в данной сфере.

Сущностная характеристика предлагаемой эталонной модели стандартных требований по оформлению профессиональной деятельности в интересующей нас сфере состоит в том, что в данной модели каждый из описываемых профессиональных стандартов (мониторинга, услуг, профессиональной спецификации и квалификации, профессиональной подготовки, организации профильных служб) соотносится со всеми остальными по принципу взаимобусловленности, взаимозависимости и взаимодополнения. Так, основная функция стандарта мониторинга, помимо идентификации уровней качества

---

---

социального психического здоровья в популяции в целом и в отдельных группах населения, определяется в данной схеме как выявление потребностей населения в профильной помощи и степени удовлетворения данных потребностей действующими службами. На основании полученной таким образом информации должен выстраиваться стандарт услуг с точным расчётом необходимого ассортимента и объёма, полностью соответствующих потребностям основных групп населения. В свою очередь, профиль, ассортимент и рассматриваемый объём услуг являются основанием для разработки адекватного стандарта профессиональной спецификации (т.е. набора специалистов, которые имеют непосредственное отношение к рассматриваемой проблеме), а также квалификационных требований по каждой профессиональной номинации, чётко определяющих характеристики знаний – умений – навыков, необходимых для качественной реализации предусмотренного ассортимента услуг. Далее, система профессиональной спецификации и соответствующих квалификационных требований является основанием для разработки стандарта программ профессиональной подготовки (додипломной, последипломной, дополнительной, непрерывной) персонала, принимающего непосредственное участие в процессах формирования высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья. Наконец, на основании всех вышеназванных стандартов производится необходимый расчёт структурного, технологического, кадрового, финансово-экономического, нормативно-методологического обеспечения деятельности профильных служб, т.е. разрабатываются соответствующие организационные стандарты. Эффективность усилий по формированию высоких уровней качества социального психического здоровья, в свою очередь, оценивается с помощью программы мониторинга, включающей системы промежуточных и конечных индикаторов эффективности. Используя данную схему, можно сравнительно легко определить основные изъяны и несогласованность в деятельности профессиональных институтов, ответственных за состояние психического и психологического здоровья в обществе.

В целом же оформление основных компонентов – «вспомогательных гипотез» – базисной научно-исследовательской программы в соответствии с матричным принципом предполагает изначальное системное видение рассматриваемой проблематики и последующее использование системного подхода на всех этапах реализации НИП. Таким образом, делается всё возможное, чтобы общий конгломерат «больших данных», касающихся феномена качества психического здоровья, был организован наилучшим образом; то есть, чтобы – при выделении из этого общего информационного конгломерата какого-либо определённого фрагмента – всегда можно было проследить «родственные связи» этого фрагмента

во всех матричных «семействах» и на всех дифференцируемых уровнях рабочих компонентов НИП. И далее, именно это фундаментальное свойство НИП и позволяет позиционировать данную эпистемологическую конструкцию в качестве главного системообразующего стержня общего проблемного поля, связанного с идентификацией качественных характеристик категории психического здоровья.

3.4.4. Как понятно из всего сказанного, система исследовательских инструментов, параметров, учитываемых единиц и признаков, используемых при реализации фрагментов НИП, система промежуточных и конечных индикаторов эффективности используемых технологий развития качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья – выводятся на основании вышеприведённых матричных характеристик основных «рабочих» компонентов НИП. Такого рода методологический инструментарий в полной мере характеризует реализуемый фронт исследовательского процесса, и далее – процесса институализации итоговых результатов в заинтересованную профессиональную сферу.

В качестве примера такого «фронтального» соответствия мы можем привести методологию и инструментарий настоящего комплексного исследования, а так же – инструментарий, используемый в метамодели социальной психотерапии.

Так, в определённом нами исследовательском фронте – применительно к идентифицированному актуальному контексту – в полной мере были реализованы основополагающие методологические установки и матричные принципы организации комплексного исследовательского проекта. И далее, основные инструменты, параметры, учитываемые признаки такого комплексного проекта выстраивались в соответствии со спецификой такого базисного целеполагания.

В этом смысле можно отметить высокую степень соответствия заявляемой тематике буквально всех исследовательских инструментов, используемых в настоящем проекте:

- Павлодарского многофункционального опросника, позволяющего проводить сложные эпидемиологические исследования с выявлением интенсивности представленности уровней качества социального психического здоровья – с одной стороны, и уровней распространения основных типов деструктивных социальных эпидемий – с другой;

- базисной исследовательской карты, заполняемой в отношении каждого участника клинико-экспериментальной части исследовательской программы, и позволяющей оценивать терапевтическую динамику по собственно клиническим (психопатологическим), нейрофизиологическим, биохимическим, экспериментально-психологическим, социальным и другим индикативным параметрам и учитываемым признакам, позволяющим сопоставить эту динамику с

---

---

темпами и уровнем развития качественных характеристик индивидуального психического здоровья;

– шкалированного варианта протокола психотехнического анализа, заполняемого на лиц, участвующих в экспериментальных программах по форсированному развитию качественных характеристик психического здоровья, и демонстрирующего особенности динамики прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла в таких терапевтических и развивающих программах;

– компьютерной программы по определению уровня психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии – инструмента, используемого как для скрининга, так и для индивидуальной диагностики уровней качества психического здоровья, и, соответственно – оценки степени устойчивости к формированию химической, деструктивной, психологической зависимости у лиц в различных возрастных группах;

– программы мониторинга, а также – и имплементированной в данную программу шкалы уровня контроля в сфере управления качеством психического здоровья, используемых в оценке эффективности метамоделей социальной психотерапии; данные инструменты учитывают темпы и масштабы распространения деструктивных социальных эпидемий – антагонистических, по отношению к динамике повышения уровня качества социального психического здоровья, признаков. Таким образом, даже и эти инструменты итоговой оценки институциональной эффективности в своей основе ориентированы на первоначальный социальный контекст, формирующий соответствующий, актуальный фронт исследования.

Что же касается совокупности исследуемых универсальных единиц и учитываемых признаков, используемых при проведении настоящего комплексного исследования, то этот вопрос рассматривался нами в предыдущем разделе.

Здесь же следует сказать о том, что главным универсальным инструментом исследования такой сложной сферы, которую представляет собой феноменология качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, является базисная научно-исследовательская программа с матричным принципом её организации. Инструменты, параметры, системы промежуточных и конечных индикаторов второго уровня, используемые в ходе оформления основных «рабочих» компонентов НИП и реализации конкретных исследовательских фрагментов, образуют следующий инструментально-методологический уровень НИП – наиболее динамичный и зависимый от специфики актуальных контекстов, и приоритетных задач.

Специально следует отметить тот факт, что организация исследовательского процесса с использованием такого системообразующего инструмента радикально отличается от хаотических попыток проникновения в ткань предметной сферы качествен-

ных характеристик психического здоровья со стороны множества дисциплин, имеющих прямое или косвенное отношение к данному вопросу. Понимание специфики проблемного поля, общего исследовательского контекста и перспективы сведения получаемых результатов в тематические базы «больших данных» – многое даёт и в плане подлинной актуальности, глубины, методологической оснащённости исследовательского процесса; и, конечно, в смысле полноценной институализации полученных результатов. В плане иллюстрации беспрецедентных «наукоёмких» возможностей НИП приведём следующий пример: в пятом фрагменте комплексной исследовательской программы нами было показано, что профессиональная психотерапия, в отношении которой ведутся непрекращающиеся дискуссии в отношении её принадлежности к статусу научных дисциплин, при соответствующем методологическом перевооружении, демонстрирует не только полное соответствие критериям кодифицированной системы научных знаний, но и представляет их весьма перспективный, авангардный фронт.

3.4.5. Требования к оформлению базисной научно-исследовательской программы, приведены в следующей схеме кратких характеристик её основных разделов.

#### *Общий раздел*

– констатирующая часть с результатами анализа основных исторических, эволюционных, биологических, социальных и иных актуальных контекстов и выводимыми отсюда установочными позициями в отношении необходимости исследования качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья;

– эпистемологическая часть с результатами углубленного эпистемологического анализа и выводимым отсюда методологическим обоснованием специфики научных исследований в сфере феноменологии качества психического здоровья (сюда включаются концептуальная часть, с обозначением системообразующего стержня НИП, а также гипотетическая часть, формируемая «рабочими» компонентами базисной научно-исследовательской программы);

– аналитическая часть с результатами идентификации предметной сферы категории качества психического здоровья в контексте наиболее перспективных направлений и актуальной частной проблематики базисной научно-исследовательской программы.

#### *Раздел целеполагания*

– иерархия целей НИП, расписанная в соответствии с установленными приоритетами в сфере исследования качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, матричным принципом организации тематических научных исследований, приоритетными прикладными проблемами;

- 
- 
- систематизация задач, необходимых для достижения каждой из планируемых целей;
  - структурное оформление основных направлений исследовательской деятельности в виде завершённых проектов или комплексных исследовательских программ;
  - краткое описание результатов, достижение которых планируется по каждому из разработанных направлений НИП, с выведением перспективы компенсации дефицита в системе кодифицированной – по матричному принципу – экспертной базы знаний, а также выведение системы промежуточных и итоговых индикаторов эффективности реализации каждого направления НИП.

#### *Специальный раздел*

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

Эти подразделы содержат исчерпывающую информацию по следующим позициям:

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

#### *Институциональный раздел*

- в данном разделе прописываются процедуры институализации научных достижений в содержание профессиональных стандартов психотерапевтических, консультативных, воспитательных, образо-

вательных и иных развивающих практик, реализуемых в метамодели социальной психотерапии;

- процесс институализации инновационных технологий, охватывающих все направления функциональной активности метамодели социальной психотерапии – помогающее, развивающее, саногенное, социально-стабилизирующее – безусловно, должен сопровождаться масштабным мониторингом эффективности и адекватным методологическим сопровождением;

- это подразумевает организацию мощных многопрофильных научно-практических и образовательных кластеров, которые должны действовать в тесном сотрудничестве с профессиональными ассоциациями.

#### *Раздел мониторинга и коррекции*

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

- мониторинг осуществляется на основании разработанной системы промежуточных и итоговых индикаторов и стандартных отчётов о проведённых научных исследованиях, инновационных внедрениях; результаты мониторинга доводятся до сведения дисциплинарно-коммуникативного сообщества;

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

- результаты такого многоуровневого мониторинга заносятся в экспертные базы данных, на основании чего, в последующем, формируются конгломераты «больших данных» по проблематике качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья.

Далее, эта универсальная схема построения базисной научно-исследовательской программы должна наполняться конкретным содержанием, в зависимости от охватываемых актуальных контекстов и соответствующих направлений НИП.

В нашем случае, в качестве такого актуального контекста была определена проблематика деструктивных социальных эпидемий – химической, деструктивной психологической зависимости, адаптационных расстройств – тесно связанная с темой личной и социальной эффективности. Однако данное направление НИП – далеко не единственное, которое может формировать перспективный исследовательский фронт в сфере качественных характеристик психического здоровья. Наши предварительные поиски в этом направлении показывают, что такими



---

---

же перспективными фрагментами НИП могут быть: 1) углубленное исследование проблематики первичных и устойчивых ресурсных состояний субъекта, применительно к острой и хронической стрессовой ситуации, острого или хронического (в том числе и неизлечимого) заболевания, наличия неустрашимых физических дефектов; 2) глубокая – с позиции качественных характеристик психического здоровья – проработка проблематики ресурсных, профессиональных личностных статусов, особенно в сфере деятельности специалистов помогающего и развивающего профиля; 3) исследование темы активного долголетия и возможностей управления уровнем эпигенетической активности организма, с глубокой проработкой темы психологического и биологического времени; 4) проработка темы форсированного развития, так называемых, сверхспособностей, демонстрирующих потенциальный горизонт бытия современного человека. Все перечисленные, перспективные направления НИП, в своей основе, технологичны и нацелены на повышение качества жизнедеятельности достаточно обширных и значимых групп населения. И, вместе с тем, каждое из этих направлений предполагает наличие специфического фокуса репрезентации содержательных характеристик феномена качества психического здоровья. Однако, в данном случае, результаты этих тематических исследований, осмысленные и ассимилированные с помощью универсального инструмента НИП, будут лишь повышать функциональную значимость «больших данных», накопленных в сфере качественных характеристик категории психического здоровья.

Главный критерий дееспособности заявляемого исследовательского подхода – эвристический потенциал НИП – в нашем случае не вызывает никаких сомнений. И ближайшие, и, особенно, отдаленные перспективы исследовательской деятельности с использованием универсального инструмента НИП, как раз и связаны с подлинными прорывами в науках, изучающих психическую деятельность человека. При этом, весьма вероятно, что фундаментальная эвристика, обусловленная потенциалом обновленной эпистемологической платформы, будет востребована ареалом науки в целом.

### **3.5. Институциональные характеристики феномена качества социального психического здоровья**

#### *3.5.1. Вводная информация*

Масштабная институализация результатов комплексных проектов, реализуемых в сфере предметного изучения качественных характеристик психического здоровья, и последующий непрерывный, многоуровневый мониторинг последствий такого инновационного внедрения – являются обязательными условиями полноценного выполнения НИП. Два заключительных раздела базисной научно-исследова-

тельской программы (см. предыдущий раздел) как раз и ориентированы на проработку институциональных характеристик и программы мониторинга результатов внедрения инновационных технологий формирования высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья. В отсутствие или при очевидной слабости данного компонента – определение итоговой эффективности НИП в отношении планируемой динамики актуальных социальных контекстов весьма проблематично.

Вместе с тем, масштабное инновационное внедрение в рассматриваемой сфере предполагает наличие внятной организационной модели, обеспечивающей согласованную деятельность многих специализированных служб и организаций социального сектора – медицинских, образовательных, информационных и иных – имеющих прямое или косвенное отношение к проблематике качества психического здоровья.

В рамках настоящего комплексного исследовательского проекта данная важнейшая задача была выполнена в ходе реализации шестого исследовательского фрагмента по обоснованию и исследованию эффективности экспериментальной модели социальной психотерапии.

При этом в качестве теоретического обоснования данной модели использовались положения разработанного, на более ранних стадиях реализации комплексного проекта, доктринального подхода в сфере эффективного противодействия процессу распространения деструктивных социальных эпидемий. Суть данного подхода проиллюстрирована схемой 4, на которой представлен общий алгоритм актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия информационной среды на процессы формирования высоких уровней качества психического здоровья – устойчивости к вовлечению в основные типы деструктивных социальных эпидемий.

В данной схеме человек представлен не только как объект воздействия информационных потоков на протяжении всей жизни (стереотип ретроспективного био-психо-социального подхода), но и как субъект, активно формирующий данные информационные потоки и стимулы для собственного развития (идеология обновленного доктринального подхода в сфере развития высоких уровней качества психического здоровья). Характер и направление такого взаимодействия за счёт планируемого роста самоорганизующей активности человека и общества и социальной эффективности в целом смещается от негативного вектора, т. е. тенденцией к общему снижению адаптационных ресурсов и повышению степени агрессивности среды, к позитивному вектору – тенденциям к повышению уровней адаптации и снижению степени агрессивности среды.

На схеме 4 внешний вектор активности (ретроспективная метапозиция: человек – продукт воздействия среды) обозначен римскими цифрами I, II, III,

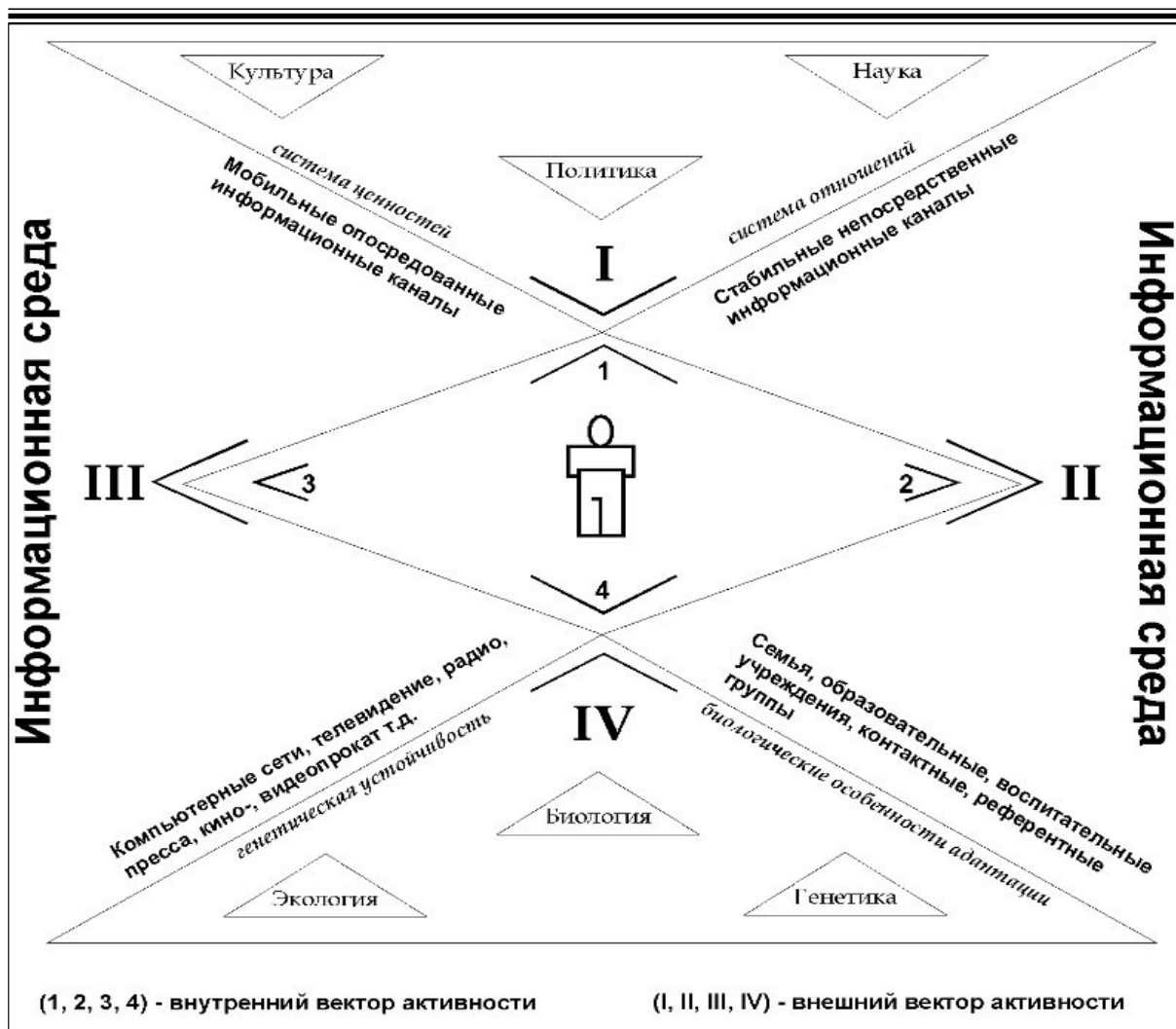


Схема 4. Актуальный алгоритм взаимодействия в системе человек – общество – среда – человек

IV и представлен верхним и нижним средовыми потоками с тремя основными блоками содержания каждого из них. Верхний поток (I), формирующий собственно информационную среду, представлен блоками научно-образовательной, культурной и политической активности, находящихся в сложной взаимосвязи и обеспечивающих формирование идиоматического пространства – системы ценностей, основных поведенческих установок, отношений между различными группами населения в обществе и др. Нижний поток (IV), формирующий экологическую и биологическую среду, также представлен тремя блоками, находящимися в тесной взаимозависимости, – экологическим, биологическим, генетическим. В данной схеме нижний поток в условиях очевидной подмены фундаментальных параметров порядка, обеспечивающих выживание и адаптацию гуманитарной популяции, подчинён верхнему потоку.

Верхний поток, образующий информационную среду, оказывает воздействие на человека через многочисленные информационные каналы. В достаточной степени условно мы выделяем две разновидности

сти каналов: мобильные опосредованные (II) – компьютерные сети, телевидение, радио, пресса, связанные в основном с конъюнктурной деятельностью агентов общего информационного рынка и стабильные, непосредственные (III) – семья, учреждения образования, воспитания, контактные, референтные и др. группы.

Первая группа информационных каналов удовлетворяет в основном актуальные информационные запросы и способна достаточно быстро менять ориентацию и направленность в зависимости от конъюнктуры. Вторая группа более стабильна и предполагает непосредственное межличностное общение, удовлетворяет информационные запросы глубинного содержания, имеющие отношение к формированию жизненных ориентиров и ценностей.

Внутренний вектор активности (проспективная метапозиция, актуализирующая потенциально-позитивный вектор влияния в рассматриваемой системе по принципу: человек – начало всех вещей) обозначен углами центрального ромба, заострёнными в направлении основных потоков и каналов информации (арабские цифры 1, 2, 3, 4).

---

---

Общая стратегия преодоления негативного вектора воздействия в системе человек – общество – среда – человек предполагает, по крайней мере, три больших этапа реализации данной стратегии.

Первый этап связан с активизацией внутреннего вектора активности и включает: мотивирующее воздействие первичных генераторов самоорганизующей активности – научных, политических и профессиональных элит – на существующие и вновь создаваемые социальные институты с тем, чтобы их деятельность стала более осмысленной, последовательной и эффективной в отношении форсированного развития высоких уровней качества психического здоровья, и, соответственно, индивидуальной, и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды. Целенаправленная активность реформированных и вновь создаваемых социальных институтов (в нашем случае эти институты представлены метамоделью социальной психотерапии) через мобильные и стабильные информационные каналы будет оказывать растущее по объёму и эффективности конструктивное воздействие на контактные аудитории, повышающее уровень индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному воздействию среды. И далее – конструктивное воздействие на уровень самоорганизующей активности общества в отношении нижнего средового потока (4).

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

Наконец, третий этап связан с расширенным воспроизводством феномена индивидуального и социального здоровья за счёт согласованной активности мобильных и стабильных информационных каналов, верхнего и нижнего средовых потоков. При этом категория интегрального здоровья, понимаемая в духе обновлённого доктринального подхода (т. е., включающая такие характеристики, как качество психического здоровья, обеспечивающее индивидуальную и социальную устойчивость к агрессивным воздействиям среды), должна стать главным приоритетом свободного и ответственного за своё будущее человечества. Ключевым моментом в данной констатации является тот неоспоримый факт, что именно эти качественные характеристики категории психического здоровья, в конечном итоге, и создают возможность свободы, т.е. подлинной независимости от внешних обстоятельств и навязанных сценариев, выступающих в качестве основных источников деструктивных социальных эпидемий, а так же – главного

условия пребывания человека и общества в ресурсной фазе комфортного, креативного синтеза.

По сути дела, вышеприведённая схема демонстрирует то, каким образом и в каком направлении должны развиваться два главных агента, действующих в общем поле потенциально-позитивного вектора рассматриваемой системы – основной генератор (он же и потребитель) производимой информации – человек, а также сама структурированная информация в аспекте её содержания, объёма, качества и основных каналов доставки до потребителя. И далее, эта схема демонстрирует основной генеративный профиль функциональной активности главной институциональной структуры – метамоделли социальной психотерапии.

3.5.2. В связи со всем сказанным, под *социальной психотерапией* (СП) мы понимаем организованную масштабную практику использования экологически выверенных подходов и технологий – собственно психотерапевтических, консультативных, тренинговых, воспитательных, образовательных, реабилитационных – в отношении населения с низкими или средними уровнями качества психического здоровья и, соответственно, высокими рисками и признаками вовлечения в деструктивные социальные эпидемии.

Выбор ключевого в данном определении термина «психотерапия» обусловлен в первую очередь тем обстоятельством, что:

- современная психотерапия за счёт полноценной реализации своего функционального потенциала – развивающего, саногенного, собственно терапевтического (помогающего), социально-стабилизирующего – рассматривается как практика наиболее эффективного развития самоорганизующей активности человека и общества в кризисный период;

- основной вектор развития современной психотерапии предполагает широкомасштабную институализацию главного и наиболее востребованного эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у субъекта (пациента, клиента) в ограниченные временные периоды – в сферу образования, социальной помощи и поддержки, психологической практики, способных обеспечить полноценный охват нуждающегося населения;

- становящаяся психотерапевтическая наука, в совокупности с базисной научно-исследовательской программой в сфере форсированного развития качественных характеристик психического здоровья, и практика – с возможностью формирования устойчивых ресурсных состояний, препятствующих вовлечению субъекта в деструктивные социальные эпидемии – представляет полюс идеологии активного развития ресурса индивидуального и социального здоровья в агрессивной среде, противоположный «провальной», в этом смысле, идеологии протезирования утрачиваемых факторов и компонентов здоровья;

---

---

– в психотерапии наиболее полно и глубоко проработаны принципы профессиональной этики, которые также могут быть транслированы в помогающие и развивающие практики, в совокупности представляющие метамодель СП.

*Основным объектом социальной психотерапии* в связи со всем сказанным являются целевые группы населения со следующими характеристиками:

– повышенная уязвимость агрессивным воздействием среды, обусловленная низким уровнем развития качественных характеристик психического здоровья;

– наличие признаков адаптационного напряжения с проявлением синдрома деморализации (по Дж. Франку);

– наличие высоких рисков и признаков вовлечения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомании, токсикомании);

– наличие высоких рисков и признаков вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские сообщества, игромании, компьютерная зависимость);

– родные и близкие зависимых лиц, вовлеченные в созависимые отношения.

*Основной предмет функциональной активности СП* – качественные характеристики психического здоровья, уровень развития которых определяет степень устойчивости к агрессивному воздействию среды, риски вовлечения во все типы деструктивных социальных эпидемий, и влияет на индивидуальную и социальную эффективность, в целом.

*Основная цель социальной психотерапии:*

– эффективное управление рисками (скрининг, первичная профилактика) и фактами (первичная помощь, терапия, реабилитация) вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии всех типов;

– устойчивое снижение распространённости химической, деструктивной психологической зависимости, психических и поведенческих расстройств, связанных со сложностями адаптации в агрессивной среде;

– достижение приемлемых уровней саногенной самоорганизующей активности, показателей качества жизни и социальной стабильности в обществе;

– достижение высоких уровней социальной эффективности, в том числе и в отношении скорости преодоления генерализованных и локальных кризисов.

Главным организационным инструментом достижения обозначенных целей и выводимых отсюда задач является *метамодель социальной психотерапии* со следующим функциональным определением: под метамоделью СП подразумевается кластерный принцип организации и взаимодействия трёх основных секторов социальной сферы (образование, здравоохранение, социальная помощь) в трёх основных сферах профессиональной деятельности – психолого-психотерапевтической, саногенной (первич-

но-профилактической), аддиктологической – в сфере форсированного развития высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья, и эффективного противодействия распространению деструктивных социальных эпидемий.

При этом кластерный принцип взаимодействия основных структурных компонентов метамодели социальной психотерапии подразумевает наличие проработанной концепции и единой системы управления качеством соответствующих видов профессиональной деятельности.

Таким образом, обозначенный кластерный принцип организации и взаимодействия соответствующих профильных служб в социальном секторе представляет *структурные характеристики* метамодели СП.

*Технологические характеристики* данного вида деятельности предусматривают реализацию следующих блоков инновационных технологий, масштабное и высококачественное использование которых будет обеспечивать эффективное продвижение к намеченным целям:

– *блок скрининговых технологий*, выявляющих истинные уровни качества психического здоровья – устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, распространённости высоких рисков и признаков вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии всех типов; данные технологии реализуются в рамках соответствующих программ национального мониторинга, обязательных в метамодели СП;

– *блок диагностических технологий*, определяющих уровни качества индивидуального психического здоровья – устойчивости к агрессивному воздействию среды в различных возрастных группах, наличие высоких рисков или признаков вовлечения в различные типы деструктивных социальных эпидемий; компьютерными версиями данных диагностических технологий должны быть оснащены рабочие места специалистов (школьных психологов, социальных педагогов, специалистов по социальной работе и пр.), действующих в системе образовательных, воспитательных учреждений и других секторах метамодели СП;

– *блок развивающих технологий первично-профилактической направленности* – психообразовательных, тренинговых, консультативных, психотерапевтических – реализуемых в специальном макротехнологическом и метатехнологическом контексте, и используемых в целях форсированного развития приемлемых уровней качества психического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, повышения самоорганизующей активности субъекта (ребёнка, подростка), формирования устойчивого ресурсного состояния и комфортных показателей качества жизни; данные технологии в первую очередь должны применяться в системе образования и воспитания;

---

---

– блок специализированных (помогающих, развивающих) технологий, используемых на этапах первичной и специализированной психолого-психотерапевтической, аддиктологической помощи;

– блок специальных образовательных технологий, используемых при подготовке специалистов новой генерации, активно действующих в метамодели СП – профессиональных психотерапевтов, консультирующих психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, школьных психологов, социальных педагогов, консультантов по аддикциям и др. – и ориентированных на формирование эффективных навыков профессиональной деятельности в модели трёхуровневой развивающей коммуникации;

– блок специальных организационных технологий, предусматривающих организацию профильного кластера с продуманной системой координации деятельности соответствующих служб, а также – внедрение комплексной системы управления качеством профессиональной деятельности, реализуемой в метамодели СП.

Функциональная значимость каждого из обозначенных выше блоков такова, что без соответствующего технологического вклада метамодели СП нельзя считать дееспособной и состоятельной.

Тем не менее, следует подчеркнуть особую роль специальных организационных технологий в деле становления и устойчивого развития метамодели социальной психотерапии, эффективно преодолевающей системные дефициты институционального уровня дисциплинарной матрицы.

Что касается кадровых характеристик социальной психотерапии, то в рамках метамодели СП действуют практически все специалисты системы здравоохранения, образования и служб социальной помощи, имеющие отношение к реализации вышеприведенных технологий:

- школьные психологи;
- социальные педагоги;
- консультирующие психологи;
- психотерапевты;
- врачи – психиатры-наркологи (аддиктологи);
- специалисты по социальной работе;
- социальные работники;
- консультанты по зависимостям (аддикциям);
- иные специалисты, принимающие участие в реализации технологий социальной психотерапии.

Сущностное отличие подхода социальной психотерапии от традиционно используемых моделей первичной профилактики и лечения зависимых лиц заключается, прежде всего, в наличии строгого научного обоснования универсальных мишеней воздействия основного технологического блока, обоснования эффективности и качества используемых инновационных технологических подходов, возможностей обеспечения полноценного охвата нуждающегося населения наиболее востребуемыми и эффек-

тивными формами помощи с непрерывным отслеживанием результатов противодействующих усилий.

*Универсальные мишени, используемые в метамодели СП*

Универсальными мишенями соответствующих профилактических и лечебно-реабилитационных технологий, выводимыми из общего содержания разрабатываемого нами подхода, в частности, из универсального для всех рассматриваемых типов деструктивных социальных эпидемий алгоритма формирования высоких уровней качества психического здоровья – устойчивости, индивидуальной и социальной самоорганизации, являются следующие полярные и наиболее значимые характеристики:

– дефицитарные – нормативные личностные статусы (при этом должна быть определена степень дефицита каждого из идентифицируемых личностных свойств, обеспечивающих качество психического здоровья – устойчивость к агрессивному влиянию среды; выстроена дистанция к показателям нормативного личностного статуса, которую необходимо преодолеть в соответствующих профилактических либо лечебно-реабилитационных маршрутах);

– деструктивная – адаптивная метапозиция субъекта, характеризующая его взаимодействие с ближайшим окружением и социумом (в данном случае должна быть диагностирована и преодолена дистанция от деструктивной – беглеца, агрессора, свидетеля (аутиста) – к адаптивной метапозиции субъекта – соучастника, со-трудника, со-творца; соответственно, должна быть сформирована базисная стратегия эффективной адаптации с акцентом на синергию, открытая к изменениям, облегчающая усвоение имеющейся и генерацию новой информации; сформированы продуктивные копинги с акцентом на выстраивание адекватных межличностных коммуникаций, конструктивное решение конфликтов);

– дезадаптация с проявлениями синдрома деморализации (по Дж.Д. Франку, 1986) – полноценная адаптация (в работе данной мишенью должны быть диагностированы наличие и степень выраженности синдрома деморализации с оценкой тяжести таких типичных проявлений, как: низкий уровень самооценки; чувство безнадежности и беспомощности; чувство страха; уныние; тревога; спутанность мышления; психофизиологические симптомы, воспринимаемые как признаки нарушения здоровья; должна быть обеспечена редукция данных психопатологических проявлений за счёт формирования у субъекта первичного и далее – устойчивого ресурсного состояния, характеризующегося высокими уровнями адаптации);

– девиантная (патологическая) – нормативная базисная мотивация поведения субъекта (в первом случае, поведение субъекта направлено на удовлетворение ресурсного запроса за счёт использования патологических адаптогенов ультрабыстрого

---

---

действия, а во втором – на достижение целей и ценностей конструктивного жизненного сценария; в работе с данной мишенью должно быть диагностировано весовое соотношение глубинных мотивационных установок субъекта на реализацию альтернативных адаптационных стратегий – патологическую, связанную с использованием адаптогенов быстрого действия, и нормативную, связанную с реализацией значимых целей и ценностей конструктивного жизненного сценария; должен быть обеспечен существенный перевес нормативных мотивационных установок).

В приведённой схеме, безусловно, приоритетной является мишень дефицитарных – нормативных личностных статусов, где понятие психологической нормы раскрывается с новых позиций, предусматривающих высокие уровни качества психического здоровья – индивидуальной устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Эффективное продвижение от дефицитарного – деструктивного – дезадаптивного полюсов (по первой, второй и третьей мишеням) к нормативному – адаптивному формируют устойчивое ресурсное состояние, надёжно профилируют поисковое поведение субъекта в сторону добывания патологических адаптогенов ультрабыстрого действия. Продвижение от девиантного к нормативному полюсу базисной мотивации по четвёртой мишени формирует дополнительные уровни устойчивости субъекта в ситуации агрессивного информационного прессинга.

### *3.5.3. Система управления качеством в мета-модели СП*

В ходе выполнения комплексного исследовательского проекта по исследованию эффективности мета-модели СП нами были обоснованы основные принципы и разработана система менеджмента качества процессов СП.

Общие характеристики разработанной системы менеджмента качества (СМК) в мета-модели социальной психотерапии следующие. Главное функциональное назначение апробированных принципов и СМК – представлять инструмент эффективного институционального контроля в сфере формирования высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья, распространения всех типов социальных эпидемий, включая адаптационные расстройства всех уровней. При этом под качеством технологических процессов СП, реализуемых в социальном секторе, подразумевается степень соответствия основных характеристик профильной помощи – структурных, технологических, управленческих и др., – потребностям основных целевых групп, а также научно обоснованным требованиям в сфере достижения планируемых показателей.

Далее, нами было разработано следующее рабочее определение системы управления качеством: система менеджмента качества, используемая в мета-модели социальной психотерапии – наиболее пер-

спективная форма организационно-управленческой деятельности, позволяющая чётко идентифицировать предмет, параметры и методы оценки качества профильной помощи, а также использовать наиболее адекватные способы постоянного улучшения всех компонентов СП.

Вышеназванное определение подчёркивает конструктивные особенности и прагматический характер разработанной системы менеджмента качества СП, направленных на реализацию следующего алгоритма: 1) формирование адекватных, научно обоснованных представлений об условиях и процессах, обеспечивающих высокое качество оказываемой профильной помощи; 2) обоснование основных параметров, системы промежуточных и конечных индикаторов, используемых в процедурах исследования и оценки категория качества; 3) определение наиболее адекватных методов и инструментов оценки данных параметров, позволяющих отслеживать динамику качества оказываемой помощи; 4) разработка наиболее эффективных организационно-управленческих технологий, способствующих непрерывному совершенствованию всех значимых компонентов профильной помощи.

Система менеджмента качества СП, таким образом, представляет собой синтез трёх наиболее известных и широко практикуемых подходов в сфере улучшения качества профильной помощи – триады качества Донабедиана, компонентов качества Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), принципов и технологий Всеобщего менеджмента качества (TQM) – с использованием функциональных возможностей и преимуществ каждого из них.

Характеристики функционального назначения каждого из поименованных системных компонентов СМК следующие.

*Триада качества Донабедиана* – основное функциональное назначение данного компонента СМК – чётко определять предмет качества применительно к системе профильной помощи. Таким образом, основным предметом качества в СМК являются характеристики структуры, процесса и результата профильной помощи.

*Компоненты качества ВОЗ* – согласно определению Всемирной организации здравоохранения, качество помощи обеспечивается четырьмя универсальными компонентами – адекватностью, экономичностью, обоснованностью и высоким научно-техническим уровнем её оказания, эффективностью. Основное функциональное назначение данного структурного блока КСМК – чётко определить параметры, методы исследования и оценки качества профильной помощи. То есть, каждому из вышеназванных компонентов соответствуют определённые методы и технологии оценки качества СП.

*Основные принципы и технологии Всеобщего менеджмента качества (TQM)* – данная совокупность принципов и технологий представлена стан-

---

---

дартами ISO (международная организация по сертификации в сфере управления качеством), содержащими основные требования и указания по улучшению качества. При этом имеется в виду необходимость реализации следующих основополагающих принципов: 1) ориентация на заказчика и потребителя; 2) ведущая роль руководства; 3) вовлечение сотрудников; 4) процесс-ориентированный подход; 5) системный подход к управлению; 6) постоянное улучшение; 7) подход к принятию решений, основанный на фактах; 8) взаимовыгодные отношения с партнёрами. Основное функциональное назначение данного структурного блока СМК – определять наиболее адекватные и эффективные организационно-управленческие технологии постоянного совершенствования всех компонентов, обеспечивающих качество СП.

В связи со всем сказанным, собственно предметная сфера СМК, как точка приложения основных усилий по обеспечению качества социальной психотерапии, представлена следующими индикативными процессами:

- управления и координации (данная приоритетная группа процессов призвана обеспечить становление, устойчивое развитие и эффективное взаимодействие кластеров, представляющих метаподель социальной психотерапии);

- технологическими процессами, соответствующими основным профессиональным профилям, ассоциированным в метаподели социальной психотерапии;

- обеспечения необходимыми ресурсами – кадровыми, структурными, материально-техническими, финансово-экономическими, формирующими адекватный масштаб профильной деятельности;
- консолидации партнёрских возможностей – данная группа процессов имеет непосредственное отношение к налаживанию конструктивного взаимодействия между всеми представителями общественных структур и организаций, заинтересованными в эффективном решении актуальных социальных проблем и повышении социальной эффективности, в целом.

Для эффективной реализации обозначенных возможностей по улучшению качества профильной помощи в модели СМК разработаны следующие условия и стратегии.

Главным, изначальным условием является реализация основных технологических фрагментов базисной научно-исследовательской программы с разработкой системы профессиональных стандартов по каждой специальности, представленной в метаподели социальной психотерапии.

Далее, с участием профессиональных ассоциаций, должны быть проработаны и утверждены этические стандарты реализации профессиональной деятельности в метаподели СП.

Первой стратегической линией является достижение максимального соответствия оказываемой

профильной помощи утверждённым эталонам (стандартам). Реализация данной стратегии не представляет особых сложностей в случае, если соответствующие технологические образцы-эталоны разработаны и утверждены, а также существуют механизмы постоянного контроля в сфере оказания профильных услуг.

Вторая стратегическая линия предусматривает постоянное инновационное внедрение разработанных технологий в систему утвержденных профессиональных стандартов СП. За счёт реализации данного стратегического направления осуществляется постоянное расширение и повышение потенциальной эффективности системы профессиональных стандартов в рассматриваемой сфере. Обязательными условиями здесь являются наличие научной базы с возможностями разработки, экспериментальной апробации и определения сравнительной эффективности инновационных и традиционных подходов.

Третьей обязательной стратегией является достижение максимального соответствия СП потребностям основных целевых групп, без чего невозможен полноценный охват нуждающегося населения наиболее востребованными видами помощи. Реализация данной стратегической линии предполагает наличие специальной программы мониторинга качества профильных услуг с отслеживанием обратной связи в целевых группах населения. В связи со всем сказанным, в модели СМК устанавливается следующий регламент реализации обозначенных стратегических направлений:

- реализация программы базового многоуровневого мониторинга по определению ситуации, связанной с уровнем качества психического здоровья населения, распространением деструктивных социальных эпидемий и оценки эффективности противодействующих усилий;

- реализация базовых исследований по идентификации системного доктринального, институционального дефицитов, разработки и апробации соответствующих инновационных технологий, утверждения системы профессиональных стандартов по каждому направлению деятельности, представляющему метаподель социальной психотерапии;

- масштабное внедрение соответствующих технологических блоков по основным направлениям профильной, профессиональной активности;

- осуществление промежуточного, а также итогового контроля эффективности по отдельным технологиям, профильным кластерам, метаподели социальной психотерапии в целом, с выявлением проблемных зон и несоответствия установленным критериям эффективности; определение задач в сфере обеспечения качества для научного, практического и образовательного секторов по каждому профильному направлению;

- реализация актуальных исследовательских проектов, программ по управлению качеством в

---

---

практическом секторе, профильных научных учреждениях и учреждениях образования;

- обновление системы профессиональных стандартов в соответствии с вновь полученными научно обоснованными данными и результатами обратной связи от основных потребителей профильных услуг.

Безусловно, реализация вышеприведённых стратегических планов и установок по оценке качества СП возможна лишь при согласованной активности профильных научных учреждений и профессиональных сообществ, что и предполагается в метамодели СП.

3.5.4. Проблема обеспечения необходимых масштабов и качества профессиональной деятельности по развитию высоких уровней индивидуального и социального здоровья требует, безусловно, и адекватного законодательного регулирования. Проведённый нами предварительный анализ показывает, что только в этом случае и возможна трансформация устойчивого стереотипа, в целом, негативного или индифферентного восприятия населением сектора активности профильных служб – психиатрической, наркологической (аддиктологической), психотерапевтической, консультативно-психологической и других.

Так, например, выяснилось, что на рынке психотехнических услуг, предлагаемых в частном секторе, доля профессиональных психотерапевтических и консультативно-психологических услуг не превышает 15%. В то время как психотехнологии, реализуемые парапрофессионалами – целителями, экстрасенсами, колдунами и пр. – составляют остальной, существенно более значительный объём услуг. Потребители такого рода услуг крайне негативно относятся к любой адресной документации, представляющей, с их точки зрения, угрозу конфиденциальности, и не видят необходимости многократного посещения специалиста по поводу имеющихся у них проблемных вопросов, тем более при отсутствии каких-либо гарантий эффективности. Ожидания и представления основной части населения о психотерапии, консультировании, потенциальных и реальных возможностях данных профессиональных практик, правовых рамках, в которых возможно оказание профильной помощи, формируются из случайных источников, не всегда заслуживающих доверия. В то же время, в этих же источниках присутствует существенный объём негативной информации, прямо дискредитирующей рассматриваемые профессиональные сферы. В данной ситуации принятие законодательного акта с чётко прописанными характеристиками и правовыми рамками, в которых может быть реализована соответствующая профессиональная практика, в существенной степени устранил такой неприемлемый информационный дефицит.

Здесь же должны быть учтены и другие аргументы в пользу принятия соответствующих законодательных актов, которые сводятся к тому, что изменение социальных норм, регулирующих определённую

профессиональную деятельность, имеет смысл в том случае:

- когда существует отчётливая перспектива и многочисленные факты злоупотребления профессией; эти злоупотребления опасны для здоровья людей и могут быть связаны с отсутствием чётких критериев доступа в специальность, адекватных стандартов подготовки и профессиональной деятельности, и других нормативно устанавливаемых позиций, вследствие чего и появляется необходимость нормативного регулирования;

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

В отношении профессиональной деятельности, представляющей метамодель социальной психотерапии, в той или иной степени, имеют место оба этих момента, а значит, законодательное регулирование такой деятельности должно включать полный ассортимент стимулирующих, обязывающих, регламентирующих, ограничительных и запретительных инструментов нормативного регулирования. Тем не менее, главный вектор здесь, в связи со всем вышесказанным, конечно же, стимулирующий – обеспечивающий форсированное развитие профессионального кластера, основным предметом деятельности которого являются характеристики качества индивидуального и социального психического здоровья.

Основные содержательные характеристики такого законопроекта, по нашему мнению, могут выстраиваться с учётом следующей схемы.

Основные задачи:

- обеспечение и защита прав граждан в сфере оказания профессиональной помощи, направленной на развитие высоких уровней качества психического здоровья;

- создание комфортных правовых условий для опережающего развития дисциплин, имеющих непосредственное отношение к предмету качественных характеристик психического здоровья;

- установление принципов регулирования и порядка оказания профильной профессиональной помощи;

- создание правовых условий для свободного доступа населения к услугам, представленным в метамодели социальной психотерапии;

- правовое регулирование вопросов обеспечения качества профильной помощи.

Далее, эти задачи должны быть расписаны в соответствующих разделах, главах и статьях законопроекта.

Так, например, в разделе законопроекта, касающегося основных принципов государственной политики в сфере обеспечения качества психического здоровья и эффективной профилактики распространения деструктивных социальных эпидемий, могут



---

---

быть представлены следующие, основополагающие позиции:

- признание приоритета сферы качества индивидуального и социального психического здоровья, прямо связанной с устойчивостью к вовлечению в химическую (алкоголизм, наркомании, токсикомании), деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании, компьютерная зависимость и др.), адаптационные расстройства – наиболее распространённые среди населения;

- признание необходимости ускоренного развития профессиональных институтов, представляющих научно-практические дисциплины и медико-психологические специальности и обеспечивающих возможность эффективного совладания с проблемными и кризисными ситуациями; мобилизации ресурсов психики и всего организма на полноценное преодоление последствий влияния болезненных факторов; форсированного развития высоких уровней качества психического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды; достижения активного долголетия и высокого качества жизни;

- соблюдение прав граждан в сфере возможностей повышения качества психического здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

- достижение соответствия структуры, объёма и качества предоставляемой профильной помощи реальным потребностям населения в данной помощи;

- научная обоснованность используемых в метамодели социальной психотерапии методов и технологий;

- сочетание государственного и общественно-регулируемого в сфере развития профессиональных направлений, действующих в сфере обеспечения качества психического здоровья;

- многоукладность, гибкость подходов в вопросах организации профессиональных кластеров, действующих в метамодели социальной психотерапии.

Первые две позиции в приведённом перечне констатируют факт признания особой значимости сферы качества психического здоровья, а также признания тесной взаимозависимости данной категории с наиболее актуальными на сегодняшний день (и, по видимому, на ближайшую и отдалённую перспективу) социальными контекстами. Именно эти факты и были вполне доказаны результатами проведённых масштабных и комплексных исследований, демонстрирующих необходимость подлинных прорывов в развитии профессиональных институтов, ответственных за формирование высоких уровней качества психического здоровья, устойчивость к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии и социальную эффективность, в целом.

Далее, безусловно, центральным в данном законопроекте должен быть регламентный блок, каса-

ющийся обеспечения прав граждан при оказании им профессиональной помощи – психотерапевтической, консультативно-психологической, аддиктологической и пр. Данная позиция в сфере государственной политики может быть раскрыта в следующих разделах законопроекта.

По спецификации государственных гарантий в сфере обеспечения прав граждан по оказанию профильной помощи должны быть предусмотрены статьи, предписывающие необходимость:

- надзора за соблюдением законности и реализации полного объёма прав граждан при оказании им профильной профессиональной помощи;

- выполнения полного объёма функций по развитию и совершенствованию профессиональной помощи, направленной на повышение качества психического здоровья, всеми органами государственной власти в пределах установленной компетенции;

- государственного контроля над полнотой и качеством оказываемой профильной помощи.

По спецификации обеспечения прав граждан в сфере оказания услуг по формированию высоких уровней качества психического здоровья должны быть предусмотрены статьи, устанавливающие право граждан:

- на информацию о качестве психического здоровья и рисках, которые связаны с низким уровнем качества психического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды (повышение риска вовлечения в алкогольную, наркотическую, токсическую зависимость; деструктивную психологическую зависимость – тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании, компьютерную зависимость; расстройства адаптации, связанные, в том числе с формированием суицидального поведения);

- на конфиденциальную диагностику уровней качества психического здоровья: устойчивости к агрессивному влиянию среды с выдачей рекомендаций по использованию средств и методов профильной профессиональной помощи при наличии показаний к их использованию;

- на оказание профессиональной помощи, направленной на форсированное развитие высоких уровней качества психического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, в объёме, гарантированном государством;

- на информацию о качестве психического здоровья несовершеннолетних детей или лиц, законными представителями которых они являются;

- на оказание необходимого объёма профильной профессиональной помощи несовершеннолетним детям или лицам, законными представителями которых они являются.

По спецификации обеспечения прав граждан на объективную информацию в сфере технологий профессиональной помощи должны быть предусмотрены статьи, устанавливающие право граждан на объективную информацию:

---

---

- о целях, задачах и возможностях профессиональной помощи, конкретных технологиях такой профильной помощи;

- о правах граждан в сфере оказания профильной профессиональной помощи;

- об уровне квалификации специалистов, действующих в метамодели социальной психотерапии;

- об официально признаваемых направлениях, методах и технологиях профессиональной помощи, в том числе включаемых в действующий государственный стандарт, формируемый по отдельным видам профильной помощи;

- об авторских методах и технологиях профильной профессиональной помощи, не внесённых в единый реестр и не включённых в действующий государственный стандарт, формируемый по отдельным видам помощи;

- об апробируемых в рамках экспериментальных научно-исследовательских или инновационных проектов методах и технологиях профильной профессиональной помощи;

- о возможных негативных последствиях использования нелегалитованных методов и технологий профильной помощи;

- информация по всем вышеперечисленным пунктам должна публиковаться на официальных сайтах министерств и ведомств социального сектора – здравоохранения, образования, социального обеспечения; сайтах профессиональных ассоциаций и объединений, действующих в сфере каждого направления профильной помощи;

- данная информация должна предоставляться специалистами, оказывающими профильную помощь, по требованию клиентов или их законных представителей;

- в случае использования не легализованных методов и технологий профильной помощи такая информация должна быть предоставлена лицам, обращающимся за соответствующей помощью или их законным представителям в обязательном порядке.

По спецификации прав граждан в сфере оказания профильной профессиональной помощи должны быть предусмотрены статьи, устанавливающие право граждан:

- на уважительное и гуманное отношение;

- на свободный выбор специалистов, видов, методов, технологий и форм (государственной либо частной) оказания профильной профессиональной помощи;

- на получение качественной профессиональной помощи в объёме, гарантированном государством, и сверхнормативном объёме, реализуемом на возмездной основе;

- на полную и конфиденциальную информацию о состоянии качества собственного психического здоровья, диагностируемого в ходе оказания профильной помощи;

- на сохранение врачебной тайны в отношении сведений, ставших доступными специалистам, действующим в сфере оказания профильной помощи;

- на анонимный характер оказываемой профильной профессиональной помощи;

- на отказ от фото-, видео-, аудиозаписей при оказании профильной профессиональной помощи;

- на пересмотр и снятие медицинского диагноза в случае его установления в ходе оказания профильной помощи в порядке, предусмотренном законодательством;

- на получение выписок из документации, оформляемой при оказании профильной профессиональной помощи;

- на иные права, предусмотренные национальным законодательством.

По спецификации правового обеспечения принципа добровольности при оказании профильной профессиональной помощи в законопроекте должны быть прописаны позиции, предписывающие необходимость соблюдения принципа добровольности и его сохранения на любой стадии процесса оказания профильной профессиональной помощи.

Таким же образом, в законопроекте должно быть утверждено право граждан на возмещение ущерба в результате профессиональных ошибок или иных обстоятельств, связанных с оказанием профильной профессиональной помощи.

Вышеприведённые законодательные рекомендации по обеспечению прав граждан в рассматриваемой сфере направлены, в итоге, на достижение ясного понимания того, на что именно направлены усилия специалистов, действующих в сфере качества психического здоровья, за счёт использования каких именно технологий обеспечивается необходимый результат, и за счёт чего достигается полная «прозрачность» и максимальная безопасность во всех вопросах оказания профильной профессиональной помощи.

Кроме того, законопроект должен включать и другие блоки, регулирующие вопросы обеспечения качества профильной профессиональной помощи, такие как:

- допуск к деятельности в сфере профессиональной помощи;

- программы подготовки специалистов, действующих в сфере профильной профессиональной помощи;

- требования к организациям и лицам, осуществляющим образовательную деятельность в сфере профильной профессиональной помощи;

- регламент подтверждения права на деятельность в сфере оказания профильной профессиональной помощи;

- регламент прекращения права на деятельность в сфере оказания профильной профессиональной помощи;

---

---

– обеспечение контроля качества в сфере подготовки специалистов, действующих в метамодели социальной психотерапии;

– основные виды профильной профессиональной помощи, эффективность которых установлена на основании доказательной практики;

– требования к учреждениям и лицам, оказывающим профильную профессиональную помощь;

– регламент признания и введения в государственный реестр методов и технологий, используемых при оказании профильной профессиональной помощи.

В случае принятия эти последних, законодательных, позиций у населения будет формироваться большая степень доверия к сфере помогающих и развивающих технологий, чем это имеет место в настоящее время.

3.5.5. Далее, конечно, следует иметь в виду необходимость нормативно-этического регулирования профессиональной деятельности, реализуемой в сфере качества психического здоровья. И, прежде всего, по причинам того, что особая уязвимость пациентов/клиентов в отношении возможных злоупотреблений и манипуляций признаётся всеми, сколько-нибудь крупными профессиональными ассоциациями, действующими в рассматриваемой сфере, а признания такого рода выстраиваются на основании регулярно фиксируемых фактов. То есть, одного только законодательного или ведомственного регулирования этой крайне чувствительной сферы недостаточно.

Задача разрабатываемых и принимаемых в данных организациях этических кодексов заключается, по общему мнению лидеров профессиональных ассоциаций, прежде всего, в защите людей, обратившихся за профессиональной помощью.

К примеру, в наиболее полных и чётко прописанных документах, регламентирующих вопросы профессиональной этики в странах Европы, где соответствующая традиция имеет богатую историю, излагаются следующие принципы профессиональной – психотерапевтической и консультативной – этики:

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

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

- *ответственность перед клиентом* (в ходе проведения психотерапевтических и консультативных сессий должны быть использованы все доступные средства для того, чтобы обеспечить пациенту/ клиенту безопасность. Консультанты и психотерапевты должны с равной добросовестностью относиться к

этической стороне своей работы вне зависимости от условий или финансовой основы контракта);

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

- *профессиональная компетентность* (психотерапевт и консультант должны заниматься практикой, которая не выходит за пределы его компетенции, то есть практикой, основанной на полученном образовании, специальной подготовке и профессиональном опыте. Таким специалистам следует стремиться приобретать новые знания и навыки, необходимые в работе с различными категориями пациентов. Жизненные стрессы и болезни психотерапевтов и консультантов, ослабляющие их профессиональную компетентность, должны быть ими своевременно осознаны; в связи с ними должны быть предприняты соответствующие меры);

- *информированное согласие, контракты* (терапевтические отношения между пациентом/клиентом и психотерапевтом или консультантом основываются на доверии и информированном согласии. Условия консультирования, психотерапии должны быть максимально ясны клиенту до начала данного процесса. Любое изменение этих условий должно обсуждаться с пациентом/клиентом и учитываться в заключаемом контракте);

- *конфиденциальность* (конфиденциальность и доверие являются необходимыми условиями психотерапии и консультирования. Конфиденциальность информации, раскрытой пациентом в общении с психотерапевтом/консультантом, является основным правом клиента и неотъемлемой частью эффективной психотерапии и исследовательской деятельности. Психотерапевт/консультант должен принять все необходимые меры, чтобы не нарушать права пациента (в том числе бывшего) на конфиденциальность);

- *границы, запрет на эксплуатацию пациента* (психотерапевт/ консультант должен устанавливать и сохранять границы терапевтических отношений, а также учитывать влияние любых предшествующих и перекрывающих отношений. В связи с тем, что пациенты/клиенты достаточно уязвимы в неравных отношениях со специалистом, психотерапевты/ консультанты не должны каким-либо образом эксплуатировать пациента и членов его семьи);

- *честность* (честность лежит в основе терапевтических отношений. Осознавая сложность человеческого общения и терапевтических отношений, психотерапевт и консультант должны взаимодействовать с пациентами и их семьями честно и достаточно открыто);

- *научные обязательства* (психотерапевту/консультанту следует способствовать развитию научных и клинических знаний и повышению образовательного уровня студентов и коллег. Исследования сле-

---

---

дует проводить в соответствии с принципами доказательной практики);

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

В профессиональных этических кодексах обычно предусмотрены санкции за нарушение предусмотренных этических правил, вплоть до приостановления или прекращения права на занятие профессиональной деятельностью.

Всё вышесказанное свидетельствует о том, что этическое нормирование в рассматриваемых видах профессиональной деятельности во многом выполняет функцию социального нормирования, особенно в тех случаях, когда соответствующие законодательные акты не разрабатываются и не принимаются на государственном уровне.

В целом, по настоящему разделу следует сказать, что результаты экспериментального внедрения мета-модели социальной психотерапии на национальном уровне, используемой по ограниченному сектору эпидемии химической зависимости в период 2009-2013 гг., привели к существенному снижению уровня первичной заболеваемости по данному профилю среди детей – более чем в 2,5 раза; а также среди подростков – более чем в 1,5 раза. Такой результат, достигнутый в отношении наиболее распространённого и неблагоприятного – с клинических и социальных позиций – типа социальной эпидемии в относительно короткий временной период, позволяет предположить возможность достижения аналогичных показателей и в отношении всех других типов деструктивных социальных эпидемий. Что, собственно, и будет являться дополнительным свидетельством эффективности мета-модели социальной психотерапии, основным предметом которой являются качественные характеристики психического здоровья.

## **Выводы**

1. Проведённое нами комплексное исследование феномена качества психического здоровья выявило, прежде всего, дефицит системных исследований и организованных данных в рассматриваемой сфере, вследствие чего потенциал имеющихся здесь возможностей используется недостаточно эффективно.

2. Эпистемологический аспект проведенного комплексного исследования позволил идентифицировать собственно эпистемологическую специфику рассматриваемой сферы, связанную с необходимостью:

- использования постмодернистских, постнеклассических научных подходов в обосновании статуса научной истины;

- выстраивания специальной исследовательской программы по критериям, предложенным И. Лакатос;

- идентификации актуальных социальных контекстов, определяющих предметное поле и методологию основных направлений исследовательского процесса, реализуемых в рамках базисной НИП;

- идентификации сущностных характеристик исследуемой категории качества психического здоровья в рамках проработанных особенностей методологического контекста и на основании универсального матричного принципа;

- сведения полученных в разных исследовательских контекстах результатов в системно-организованный информационный конгломерат «больших данных», с формированием перспективных исследовательских фронтов.

3. Теоретические и практические результаты, полученные в ходе реализации основных фрагментов настоящей исследовательской программы, выстроенной в соответствии с вышеприведёнными эпистемологическими принципами, подтвердили высокую степень эвристичности и практической ценности заявляемого исследовательского подхода. В частности, проведённое комплексное исследование позволило:

- идентифицировать матричную, многоуровневую структуру предметной сферы рассматриваемой категории качества психического здоровья;

- определить содержательные характеристики феномена качества психического здоровья, высокий уровень развития которых является доказательным антагонистическим признаком в отношении рисков вовлечения во все типы деструктивных социальных эпидемий;

- проработать существенные характеристики каждого дифференцируемого уровня предметной сферы категории качества психического здоровья – установочного, идентификационного, структурно-содержательного, технологического, инструментально-методологического, институционального, системного – с возможностью сведения полученных результатов в экспертные базы «больших данных»;

- разработать модель трёхуровневой развивающей коммуникации с возможностью форсированного развития психологических свойств, представляющих содержательные характеристики качества психического здоровья;

- разработать универсальную оценочную технологию психотехнического анализа, позволяющую исследовать эффективность используемых в рассматриваемой сфере практик;

- разработать мета-модель социальной психотерапии, представляющую институциональный уровень базисной научно-исследовательской программы и обеспечивающую возможность эффективно противодействовать процессу распространения деструктивных социальных эпидемий.

---

---

4. Полученные при проведении настоящего комплексного исследования результаты существенно обогащают теоретическую базу и технологический потенциал таких становящихся и признанных научно-практических направлений, как психотерапия, психиатрия, аддиктология, прикладная психология, – сфера деятельности, которых непосредствен-

но связана с качественными характеристиками психического здоровья. И, следовательно, эти результаты обосновывают возможность развития нормативно-правовой базы, стимулирующей эффективную профессиональную деятельность в сфере обеспечения высоких уровней качества психического здоровья в обществе.

#### **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 // Обзор. 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 неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
8. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Постникова Л.В. Качество жизни детей с отклонениями в психическом и речевом развитии // Психиатрия. – 2003. – № 3. – С. 26-28.
9. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. – 1997. – № 5. – С. 3-19.
10. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л.: Наука, 1987. – 124 с.
11. Буковский Г.В. Способ количественной оценки параметров качества жизни психически больных [интернет-ресурс]. – Режим доступа: [www.findpatent.ru/patent/245/2452378.html](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. Обзорные 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., Гриневич 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. Голымбет В.Е., Воскресенская Н.И., Ляшенко Г.Л., Брусенцева Л.Н., Тазаки В.И., Трубников В.И. Оценка качества жизни людей, ухаживающих за родственниками с деменцией // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 4. – С. 43-48.
  27. Горинев В.В. Понятие психического здоровья и критерии судебно-психиатрических экспертных оценок // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – № 3. – С. 164-170.
  28. Громов С.А., Михайлов В.А., Вассерман Л.И., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – № 6. – С. 4-8.
  29. Датлер В., Фельт У. Психотерапия – самостоятельная дисциплина? / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 58-90.
  30. Дауд Т. Психологическое консультирование // Психологическая энциклопедия, 2-ое издание под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 677-679.
  31. Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 4. – С. 39-41.
  32. Доклад Presidents New Freedom Commission «Выполнение обещаний: трансформация службы психического здоровья в Америке». – 2003.
  33. Дубов И.Г. Феномен менталитета: психологический анализ // Вопросы психологии. – 1993. – № 5. – С. 20-29.
  34. Дубровина И.В. Практическая психология образования. – Питер, 1997. – 592 с.
  35. Дубровина И.В. Руководство практического психолога. – М.: Асадемия, 1995. – 167 с.
  36. Жариков Н.М. Эпидемиологическое исследование в психиатрии. – М., 1977. – 168 с.
  37. Жариков Н.М. Эпидемиологическое изучение психической заболеваемости // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1965. – № 4. – С. 617-624.
  38. Жариков Н.М., Левит Б.Г., Либерман Ю.И. О методике и некоторых результатах эпидемиологического исследования шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1968. – № 5. – С. 742-749.
  39. Ждан А.Н. К теоретическим проблемам общей психологии // Вопр. психол. – 2006. – № 6. – С. 137-142.
  40. Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А. Феномен категории зрелости в психологии. – Институт психологии РАН, 2007. – С. 5-12.
  41. Завьялов В.Ю. Интегративная психотерапия в России // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2000. – Т. VII, № 4. – С. 23-30.
  42. Залевский Г.В., Логунцова О.Н., Непомнящая В.А. Качество жизни как комплексная характеристика жизнедеятельности человека // Сибирский психологический журнал. – 2002. – № 16-17. – С. 102-103.
  43. Запускалов С.В., Плотников Б.С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1991. – № 2. – С. 20-25.
  44. Капица С. История десяти миллиардов. – Интернет-ресурсы. – Текст от 09.06.2012. – 7 с.
  45. Каражанова А.С. Сравнительная эффективность комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами: автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. – Павлодар. – 34 с.
  46. Карвасарский Б.Д. Психотерапия // Учебное пособие. – СПб., 2000. – 535 с.
  47. Карстерс М. Эпидемиология шизофрении // Вест. АМН СССР. – 1971. – № 5. – С. 26-30.
  48. Катков А.Л. Методология комплексного исследования психического и психологического здоровья населения: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 77 с.
  49. Катков А.Л. Ассоциированная эпистемологическая платформа как идея научного обоснования модели объемной реальности [Электронный ресурс] // Международное Сообщество специалистов в сфере психического здоровья: психологов, психиатров, наркологов, психофармакологов, консультантов, психоаналитиков, психотерапевтов, педагогов, тренеров и социальных работников. – 2012. – Режим доступа: [www.ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=626&t=890&p=1172#p1172](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. Полимодальная 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 полимодальная 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 // *Эпидемиолог. исследования в неврологии и психиатрии*. – М., 1982. – С. 28-30.
63. Кронфельд А. Психология в психиатрии // *Независимый психиатрический журнал*. – № 1. – 2002. – С. 7-12.
64. Кронфельд А. Психология в психиатрии // *Независимый психиатрический журнал*. – № 2. – 2002. – С. 22-24.
65. Кронфельд А. Психология в психиатрии // *Независимый психиатрический журнал*. – № 3. – 2002. – С. 25-33.
66. Кукъет К. Большие данные преобразуют нашу жизнь // В разделе «Спасение в городах, эволюция видов, гибридное мышление» А. Константинова [интернет-ресурс]. – 2015. – Режим доступа: [e.mail.ru/message/14379027670000000427/?template=printmsg.tpl](mailto:e.mail.ru/message/14379027670000000427/?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. Лицук В.А. Для верных решений первых лиц // *Медицинская газета*. – 1995. – № 41. – 9 с.
72. Лицук 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) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. – 2000. – № 1. – С. 28-31.
87. Перре М., Бауман У. Клиническая психология // 2-ое международное издание. – Питер, 2002. – 1311 с.
88. Петраков Б.Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. – М.: Медицина, 1972. – 300 с.
89. Петраков Б.Д., Петракова Л.Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке // *Медицина и здравоохранение. Серия: социальная гигиена и организация здравоохранения*. – М., 1988. – 69 с.
- 
-

- 
- 
90. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. Словарь. – М.: Политиздат, 1990. – 301 с.
  91. Покровский В.Н. Предисловие к монографии «Основы здоровья» (обзор). – М., 1994. – С. 3-5.
  92. Положий Б.С. Психическое здоровье как отражение социального здоровья общества // *Обозр. 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., Мальшица 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 неаоблитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты): автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. – Томск, 2005. – 37 с.
  100. Ротштейн В.Г., Морозова В.П., Богдан А.Н. и соавт. Объективные факторы выявляемости психически больных. Эпидемиология эндогенных психозов и проблема реабилитации психически больных. – М., 1985. – С. 13-21.
  101. Румянцев Г.М., Левина Г.М., Грушиков А.В., Лебедева М.О., Марголина В.Я., Мельничук Т.М., Пегатова А.Е., Нуллер Ю.Л. Психическое здоровье населения некоторых регионов России // *Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева.* – 1995. – № 2. – С. 54-73.
  102. Сарториус Н. Улучшение качества жизни как слабое общественное здоровье // *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., Кирпич И.А. Оценка качества жизни больных хроническим алкоголизмом // *Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА.* – М., 2003. – № 3. – С. 37-41.
  116. Солохина Т.А., Шевченко А.С., Сейку Ю.В., Рытик Э.Г., Беседина А.В., 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 у лиц с легкой степенью умственной отсталости при различных формах обучения // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 3. – С. 23-26.
  127. Чуркин А.А. Динамика показателей учтенной заболеваемости пограничными психическими расстройствами // Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии / Тез. докладов Всесоюз. конф. – М., 1990. – С. 144-146.
  128. Чуркин А.А., Демчева Н.К. Качество жизни и социальное функционирование в психиатрической теории и практике // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 109-117.
  129. Шапиро-мл. Д. Психологическое здоровье // Психологическая энциклопедия, 2-ое издание, под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 674-676.
  130. Шварц М., Виггинс О. Кризис современной психиатрии: обретение личности // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – Том IV. – С. 9-15.
  131. Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. – 1983. – № 5. – С. 707-711.
  132. Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 4. – С. 49-52.
  133. Шюлер П. О кооперации психиатров и психологов в Германии // Сибирский психологический журнал. – № 14-15. – С. 99-100.
  134. Юревич А.В. Естественнонаучная и гуманитарная парадигмы в психологии или Раскачанный маятник // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 147-151.
  135. Юревич А.В. Методологический либерализм в психологии // Вопросы психологии. – 2001. – № 5. – С. 3-17.
  136. Юревич А.В. Перспективы парадигмального синтеза // Вопросы психологии. – 2008. – № 1. – С. 3-15.
  137. Юревич А.В. Предисловие: Социальные и когнитивные источники парадокса // Образ российской психологии в регионах страны и в мире: Материалы форума. – М.: ИП РАН, 2006. – С. 11-12; 45-49.
  138. Юревич А.В. Системный кризис психологии // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. – С. 3-12.
  139. Acirnerno R., Ruggiero K.J., Kilpatrick D.G. et al. Risk and protective factors for psychopathology among older versus younger adults after the 2004 Florida hurricanes // The American Journal of Geriatric Psychiatry. – 2006. – 14 (12). – P. 1051-1059.
  140. Alvin P. Biological psychiatry: science or pseudoscience? // Pseudoscience in Biological Psychiatry: Blaming the Body / Colin Ross and Alvin Pam. – NY: Wley & Sons, 1995. – P. 7-84.
  141. Angermeyer M.C., Schomerus G. Концепция стигмы в модели «recovery» // J. World Psychiatry. – 2012. – 11:3. – P. 164-165.
  142. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice in Psychology // J. American Psychologist. – May-June 2006. – P. 271-285.
  143. Bandura A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change // Psychological Review. – 1977. – № 84. – P. 191-215.
  144. Bandura A. Social foundations of thought and action / Englewood Cliffs. – NJ: Prentice-Hall, 1986. – 221 p.
  145. Barlow D. Anxiety and its disorders. – New York: Guilford Press. 1988. – P. 316.
  146. Bastine R. Klinische Psychologie (Bd. 1). – Stuttgart: Koehler, 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. Brandtstädter 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: Praeger, 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., Mathalon D.H. *Нейрофизиологические аспекты предполагаемого фундаментального дефицита при шизофрении* // *J. World Psychiatry*. – 2012. – 11:1. – P. 62-64.
  175. Forgas J. *Mood and judgment: The affect infusion model* // *Psychological Bulletin*. – 1995. – № 117. – P. 39-66.
  176. Frank J.D. *Therapeutic components of psychotherapy F 25 years progress report of research* // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1974. – № 159. – P. 325-342.
  177. Frank J.D., Frank J. *Persnasion and bealing (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., Stuifbergen 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., Baryas 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 Grenzen psychiatrischer epidemiologischer Suurveys für geographisch definierte populationen in Europa // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 1982. – Vol. 50. – № 7. – P. 215-238.
  204. Jahoda M. Current concepts of positive mental health // *Basic Books*. – New York, 1958. – 321 p.
  205. James W. Absolution and empiricism // *Mind*. – 1984. – P. 281-286.
  206. Jensen P.S., Xenakis S.N., Davis H., Degroot J. Child psychopathology rating scales and interater agreement II. Child. And characteristics // *J. Amer. Child. Adolest. Psychiatr.* – 1988. – Vol. 27. – № 4. – P. 451-461.
  207. Kallman P., Alvares-Lopes M.J., Cosin-Tomas M. et al. Rapid changes in histone deacetylases and inflammatory gene expression in expert meditators // *J. Psychoneurology*. – 2014. – Vol. 40. – P. 96-107.
  208. Kandel E.R. Новая концептуальная база для психиатрии // *Ж. Обзор современной психиатрии*. – 1999. – № 3. – С. 15-27.
  209. Kaplan R., Bush Y., Berry C. Health status: types of validity and the index of well-being // *Health Serv. Res.* – 1976. – № 11. – P. 478-507.
  210. Karon B., Widener J. Psychodynamic therapies in historical perspective. In B. Bongar, L. Beutler (Eds.) // *Comprehensive textbook of psychotherapy*. – Oxford University Press, 1995. – P. 387.
  211. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // *Current Opinion in Psychiatry*. – 1997. – № 10. – P. 337-345.
  212. Kegan R. *The evolving self: Problem and progress in human development*. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982. – 239 p.
  213. Kennedy R., Craighead E. Recall of positive and negative feedback by depressed and non-depressed anxious University students // *Unpublished manuscript*. – Pennsylvania State University, 1982. – P. 314.
  214. Kennet K., Pargament I., Lomax J.W. Понимание религии и обращение к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 22-29.
  215. Kernberg O. An ego psychology object relations theory of the structure of the pathologic narcissism: An overview // *Psychiatric Clinics of North America*. – 1989. – № 12. – 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. Psychiatr.* – 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., Breyspraak L.M., Bull N.C., Gumbhir A.K., Rinck Ch.M. Affects, demographic variables, and health // *J. Clin. Psychol.* – 1988. – Vol. 44. – P. 131-141.
227. Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work // *Child Development*. – 2000. – 71. – P. 543-562.
228. Mac Mahon B., Pugh T.F. *Epidemiology. Principles and Methods*. – Boston, 1970.
229. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // *Journal of Personality Assessment*. – 1994. – Vol. 63. – № 2. – P. 265-274.
230. Mahoney M. *Human change progresses*. – New York: Basic Books, 1991. – 314 p.
231. Maj M. Концепция «Я» и шизофрения: некоторые открытые вопросы // *J. World Psychiatry*. – 2012. – 11:1. – P. 65-66.
232. Maj M. Психические расстройства как «болезни мозга» и наследие Ясперса // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 1-2.
233. Maj M. Эволюция терапевтических мишеней в психиатрии: от «безумия» к «проблемам с психическим здоровьем» // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 137-138.
234. Maslow A. Higher and lower needs // *J. of Psychology*. – 1948. – V. 25. – P. 433-436.
235. Maslow A.H. A theory of human motivation // *Psychological Review*. – 1943. – № 50. – P. 26-41.
236. Mechanic D. The challenge of chronic mental illness: a retrospective and prospective view // *Hosp. Commun. Psychiat.* – 1986. – Vol. 37. – № 9. – P. 891-896.
237. Melle I. Дело Брейвика и уроки, которые могут извлечь из него психиатры // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 14-18.
238. Meninger K. *The human mind*. – New York, 1946.
239. Mishara A.L., Schwartz M.A. Психопатология в свете новых направлений в философии сознания, нейропсихиатрии и феноменологии // *Ж. Обзор современной психиатрии*. – 1999. – № 2. – С. 4-10.
240. Neki K., Chai O.P. Parental attitudes and behavioral pathology in children: A cross-cultural study // *Ind. psych. Soc. XXX Ann. Conf. New Dehl. 1.* – 1978. – P. 49.
241. Ost L., Hughdall X. Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients // *Behavior Research and Therapy*. – 1995. – № 19. – P. 439-447.
242. Parkinson L., Rachman R. Are intrusive thoughts subject to habituation? // *Behavior Research and Therapy*. – 1980. – № 18. – P. 409-418.
243. Parnas J. Случай Брейвика и «*conditio psychiatrica*» // *J. World Psychiatry*. – 2013. – 12:1. – P. 19-20.
244. Parsons T. Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In A. Mitscherlich, T. Brocher, O. von Mering // *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. – 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 getrenntes 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. 226-227.
258. Silberman I. *Religion as a meaning system: Implication for the new millenium* // *Journal of Social Issues.* – 2005. – 61 (4). – P. 641-663.
259. Silvrstein S.M., Bellack A.S. *A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia* // *Clin. Psychol. Rev.* – 2008. – P. 1108-11024.
260. Skinner B.F. *Science and human behavior.* – New York, 1953. – 193 p.
261. Slade M. Исследование «recovery»: эмпирические данные из Англии // *J. World Psychiatry.* – 2012. – 11:3. – P. 162-163.
262. Smith O.R. et al. *Antisocial personality disorder in primary care patients with somatization disorder* // *Comprehensive psychiatry.* – 1991. – № 32. – P. 367-372.
263. Spence D. *Narrative truth and historical truth: Meaning and 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.
- 
-

---

---

## РЕЗЮМЕ

### ПСИХОТЕХНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Психотехнический анализ психотерапевтического процесса» подробно описываются установочные позиции и основные теоретические положения, на основе которых была разработана методология психотехнического анализа помогающих и развивающих практик и в первую очередь профессиональной психотерапевтической практики. Основное внимание уделяется центральному концепту трёхуровневой развивающей коммуникации, который, по мнению автора, является методологическим стержнем разработанной оценочной системы. Приводятся характеристики технологического оформления каждого дифференцируемого коммуникативного уровня. Рассматривается и подробно описывается система универсальных и специальных учитываемых единиц, вариантов шкалированной оценки таких единиц, а так же – итоговая схема оценки скорости продвижения субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла. Делаются выводы о возможности существенного повышения качества профильной помощи в результате масштабного внедрения разработанной технологии психотехнического анализа помогающих и развивающих практик.

*Ключевые слова:* психотерапия, консультирование, психотехнический анализ, эффективность, наука.

## SUMMARY

### PSYCHOTECHNICAL ANALYSIS OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS

A.L. Katkov

In A.L. Katkov's article «Psychotechnical analysis of the psychotherapeutic process» adjusting positions and the basic theoretical provisions on the basis of which the methodology of the psychotechnical analysis helping and developing the practician and first of all professional psychotherapeutic practice was developed are in detail described. The main attention is paid to the central concept of the three-level developing communication which, according to the author, is a methodological core of the developed estimated system. Characteristics of technological registration of each differentiable communicative level are provided. The system universal and the special considered units, options of the scaled assessment of such units, and also – the final scheme of an assessment of speed of advance of the subject on stages and phases of an adaptive and creative cycle is considered and is in detail described. Conclusions about possibility of essential improvement of quality of the profile help in result of large-scale introduction of the developed technology of the psychotechnical analysis helping and developing the practician are drawn.

*Keywords:* psychotherapy, consultation, psychotechnical analysis, efficiency, science.

---

---

**БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ  
«ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ»  
ЗА 2015 ГОД**

**Психотерапия**

Байкенов Е.Б. Когнитивно-поведенческая терапия в наркологической практике, Том XXI, № 1, 2015

Катков А.Л. Оценка эффективности психотерапевтического вмешательства: состояние проблемы, Том XXI, № 1, 2015

Катков А.Л. Психотехнический анализ психотерапевтического процесса, Том XXI, № 4, 2015

**Психиатрия**

Вейсенберг С.Д., Жунусова Ж.С., Ковалева Л.П. Опыт применения препарата Мидокалм в практике лечения транзиторных тиков у детей и подростков, Том XXI, № 1, 2015

Катков А.Л. Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования), Том XXI, № 2, 2015

Катков А.Л. Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования) (продолжение), Том XXI, № 3, 2015

Катков А.Л. Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования) (окончание), Том XXI, № 4, 2015

**Наркология**

Кисина М.Ш. Специальные социальные услуги в Республике Казахстан, Том XXI, № 2, 2015

Мусабекова Ж.К., Байкенов Е.Б. Информационные технологии в наркологии, Том XXI, № 1, 2015

Мусабекова Ж.К., Гафарова Н.В., Кисина М.Ш., Кусаинов А.А., Смагулова Г.С., Бектаева Г.Т., Гурцкая Г.М. Проект клинического протокола диагностики и лечения «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов у несовершеннолетних (7-18 лет)», Том XXI, № 2, 2015

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», Том XXI, № 3, 2015

Невирко Д.Д. Основные тенденции состояния наркоситуации и некоторые вопросы реабилитации и ресоциализации в государствах-членах Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ), Том XXI, № 1, 2015

Проект приказа «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 «Об утверждении Правил учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией»», Том XXI, № 1, 2015

**Психология здоровья. Валеология.**

Россинский Ю.А., Лебедев Ф.О. Психологическая адаптация к диагнозу родителей, чьи дети инфицированы ВИЧ и приверженность к АРВТ, Том XXI, № 1, 2015

**Обсуждения, дискуссии**

Кисина М.Ш. Национальный превентивный механизм в Республике Казахстан, Том XXI, № 1, 2015

Кисина М.Ш. Управление рисками в наркологических медицинских организациях, Том XXI, № 1, 2015