
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XXII

№ 2

2016

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. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; А.К. Тастанова; доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; 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. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук М.К. Телеуов (Астана)

Регистрационное свидетельство № 8864-Ж от 14.12.2007 г.

выдано Министерством культуры и информации

Республики Казахстан

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

Министерством Российской Федерации по делам печати,

телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Журнал основан в 1995 году

Периодичность: ежеквартально

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

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

*Приказ Министра здравоохранения и социального
развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года
№ 429*

Об утверждении Правил поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

5-22

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

ПСИХОТЕРАПИЯ

Бикетова Л.А., Исакова И.Р., Пак Т.В.

Проведение психокоррекционной работы среди учащихся 14-18 лет общеобразовательных школ с рисками вовлечения в социальные эпидемии (методические рекомендации)

23-46

Катков А.Л.

Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии (методическое руководство)

47-71

**Том XXII
№ 2
2016 год**

**выходит
4 раза в год**

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

Самеева А.К.

Межличностное общение медицинских работников с пациентами

72-75

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY

I ECOLOGII

FOUNDERS:

TABLE OF CONTENTS

NORMATIVE LEGAL ACTS

Order of the Minister of Health and Social Development of Kazakhstan Republic dated May 29, 2015 № 429

**Professional
Psychotherapeutic
League**

About the approval of Rules of encouragement of employees of the organizations of health care participating in rendering a complex of actions within the guaranteed volume of a free medical care

5-22

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

PSYCHOTHERAPY

Biketova L.A., Iskakova I.R., Pak T.V.

Carrying of psycho correctional work among students 14-18 years of secondary schools with the risks involved in social epidemics (guidelines)

23-46

Katkov A.L.

The methodology of scientific research in the field of professional therapy (methodological guidance)

47-71

INFORMATION AND REVIEWS

**Volume XXII
№ 2
2016**

Samieva A.K.

Interpersonal communication of medical workers with patients

72-75

**Published 4 times
in a year**

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 29 МАЯ 2015 ГОДА № 429 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПООЩРЕНИЯ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ В РАМКАХ ГАРАНТИРОВАННОГО ОБЪЁМА БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с подпунктом 11) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Правила поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приложению 1 к настоящему приказу.
2. Признать утратившими силу некоторые решения Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 2 к настоящему приказу.
3. Комитету оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан обеспечить:
 - 1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;
 - 2) направление на официальное опубликование настоящего приказа в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе «Әділет» в течение десяти календарных дней после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан;
 - 3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;
 - 4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого Вице-Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Каирбекову С.З.
5. Настоящий приказ вводится в действие после дня его первого официального опубликования.

Министр

Т.Дүйсенова

**Приложение 1
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития Республики
Казахстан от 29 мая 2015 года № 429**

Правила поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

1. Общие положения

1. Настоящие Правила поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – Правила) определяют порядок поощрения работников субъекта здравоохранения, оказывающего медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – субъект здравоохранения).

2. Поощрение работников субъекта здравоохранения осуществляется:

за счет сложившейся экономии бюджетных и внебюджетных средств (далее – экономия средств) в виде дифференцированной доплаты;

за счет средств стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива (далее – СКПН) в субъектах здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – субъект ПМСП).

3. Поощрение работников субъекта здравоохранения производится за образцовое исполнение должностных обязанностей, высокое качество выполнения работ, в том числе работ особой сложности и срочности, за инициативу, творческую активность и другие достижения в работе.

4. Размер поощрения работникам субъекта здравоохранения определяется по результатам оценки их деятельности:

1) медицинским работникам – постоянно действующей комиссией по оценке результатов деятельности субъекта здравоохранения (далее – комиссия) в соответствии с разделами 2 и 3 настоящих Правил;

2) работникам с немедицинским образованием (далее – немедицинские работники) – руководителем субъекта здравоохранения аналогично разделу 2 настоящих Правил, за исключением поощрения социальных работников и психологов отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья, порядок поощрения которым определен разделом 3 настоящих Правил.

Представления о поощрении немедицинских работников формируют лица, определенные руководителем субъекта здравоохранения, ответственные за исполнение должностных обязанностей работников, находящихся в их подчинении, и (или) руководитель субъекта здравоохранения.

5. Комиссия создается приказом руководителя субъекта здравоохранения, общее количество членов которой составляет нечетное число, но не менее пяти человек.

Членами комиссии являются:

председатель, избираемый на заседании членами комиссии открытым голосованием, из числа заместителей руководителя или заведующих отделениями субъекта здравоохранения;

заместитель председателя комиссии, избираемый членами комиссии открытым голосованием;

руководители структурных подразделений, определенные руководителем субъекта здравоохранения;

представители профсоюзного комитета и другие работники субъекта здравоохранения, избираемые путем всеобщего голосования работников субъекта здравоохранения.

6. Председатель комиссии:

1) планирует работу и руководит деятельностью комиссии;

2) председательствует на заседаниях комиссии;

3) обеспечивает объективность определения вклада работников в достижении результата деятельности субъекта здравоохранения для исчисления размера поощрения;

4) обеспечивает своевременность выплаты поощрения работникам субъекта здравоохранения согласно пункту 16 настоящих Правил.

7. Комиссия обеспечивает:

целевое использование средств, направленных на поощрение работников субъекта здравоохранения и повышение их квалификации;

целевое использование средств СКПН, правильность начисления и распределения сумм СКПН работникам субъекта ПМСП в соответствии с разделом 3 настоящих Правил.

В случае выявления фактов неправильного начисления и распределения сумм СКПН работникам субъекта ПМСП, возмещение сумм СКПН данному работнику осуществляется за счет собственных средств субъекта ПМСП, за исключением средств СКПН.

8. Организационная деятельность комиссии обеспечивается секретарем комиссии, который определяется руководителем субъекта здравоохранения из числа должностных лиц субъекта здравоохранения. Секретарь комиссии не является членом комиссии и не имеет права голоса при принятии комиссией решения.

9. Заседание комиссии правомочно при условии присутствия не менее $\frac{2}{3}$ от общего числа членов комиссии. Решение комиссии оформляется протоколом, который подписывается присутствующими членами комиссии и секретарем комиссии и передается кадровой службе субъекта здравоохранения для издания соответствующего приказа о выплате поощрения работникам субъекта здравоохранения.

В случае отсутствия члена комиссии в протоколе заседания комиссии указывается причина его отсутствия. Во время отсутствия председателя его функции выполняет заместитель председателя. Не допускается проведение заседания комиссии при отсутствии одновременно председателя и заместителя председателя комиссии.

10. Решение комиссии принимается открытым голосованием и считается принятым, если за него подано большинство голосов от общего количества присутствующих на заседании членов комиссии. В случае равенства голосов принятым считается решение членов комиссии, за которое проголосовал председатель комиссии, в случае его отсутствия, заместитель председателя комиссии. В случае несогласия с решением комиссии член комиссии выражает особое мнение, изложенное в письменном виде, которое прилагается к протоколу заседания комиссии.

11. Руководитель субъекта здравоохранения обеспечивает ознакомление работников субъекта здравоохранения с условиями настоящих Правил, положением о дифференцированной оплате труда, приказами, имеющими отношение к поощрению медицинских работников за счет средств экономии и (или) за счет средств СКПН и протоколом комиссии. Ознакомление удостоверяется подписью работника.

12. Должностные лица местного органа государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы (далее – управление здравоохранения) обеспечивают:

своевременность перечисления субъектам ПМСП сумм СКПН за отчетный период;

контроль за своевременностью перечисления субъектами ПМСП сумм СКПН работникам за отчетный период;

надлежащий контроль целевого использования средств СКПН субъектами ПМСП.

13. При расчете размера поощрения работников субъекта здравоохранения за отчетный период учитываются фактически отработанные дни.

14. Начисленная сумма поощрения работникам субъекта здравоохранения включает суммы индивидуального подоходного налога, обязательных пенсионных взносов и других удержаний в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 10 декабря 2008 года «О налогах и других обязательных платежах в бюджет (Налоговый кодекс)».

15. Поощрение работников субъекта здравоохранения в виде денежного вознаграждения, предусмотренное настоящими Правилами, является единовременной выплатой, не носящей постоянный характер.

16. Поощрение работникам субъекта здравоохранения за отчетный период производится в месяце, следующем за отчетным периодом, при выплате основной заработной платы.

2. Порядок поощрения медицинских работников субъекта здравоохранения за счет экономии средств в виде дифференцированной доплаты

17. Поощрение работников субъекта здравоохранения за счет экономии средств в виде дифференцированной доплаты осуществляется на основе критериев оценки деятельности медицинских работников субъекта здравоохранения, утвержденных приказом руководителя субъекта здравоохранения по согласованию с комиссией.

18. Критерии оценки деятельности медицинских работников субъекта здравоохранения определяются при достижении результата деятельности и отражают:

повышение качества оказываемых услуг;

выполненный объем работы;

качество и результативность работы;

внедрение современных технологий, наличие инновационной деятельности;

эффективность использования ресурсов;

выполнение важных и ответственных работ, как индивидуально, так и коллективно в течение определенного календарного времени;

трудовая дисциплина;

уровень удовлетворенности пациентов;

качественное ведение учетно-отчетной документации.

19. Критерии оценки деятельности медицинских работников субъекта здравоохранения утверждаются согласно приложению 1 к настоящим Правилам, которые носят рекомендательный характер, и дополняются или изменяются в зависимости от потребно-

стей субъекта здравоохранения с учетом профиля деятельности и категории персонала.

20. Сумма экономии средств на дифференцированную доплату определяется по результатам рационального использования ресурсов на основании отчета о результатах финансово-хозяйственной деятельности за отчетный период, утвержденного руководителем субъекта здравоохранения.

Отчетный период определяется ежемесячно или ежеквартально в соответствии с положением о дифференцированной оплате труда работников субъекта здравоохранения, утвержденным приказом руководителя субъекта (далее – Положение).

Распределение суммы экономии средств, направляемой на выплату дифференцированной доплаты, между структурными подразделениями, медицинскими работниками и руководителями (заместителями руководителей) субъекта здравоохранения с медицинским образованием и осуществляющими медицинскую деятельность производится в соответствии с их трудовым вкладом в достижении результата деятельности субъекта здравоохранения.

21. Выплата дифференцированной доплаты медицинским работникам субъекта здравоохранения за отчетный период осуществляется в соответствии с настоящими Правилами и Положением.

22. Решение о выплате дифференцированной доплаты медицинским работникам принимает комиссия в месяце, следующем за отчетным периодом, на основании представления о поощрении по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

23. Представление о поощрении вносится на рассмотрение комиссии лицами, определенными руководителем субъекта здравоохранения для осуществления координации за достижением объема и повышением качества оказываемых услуг медицинскими работниками, в месяце, следующем за отчетным периодом:

1) представление о поощрении на медицинских работников субъекта здравоохранения формируют руководители структурных подразделений субъекта здравоохранения, находящимися в их подчинении;

2) представление о поощрении на заместителей руководителя и руководителей структурных подразделений субъекта здравоохранения, формирует руководитель субъекта здравоохранения.

24. Дифференцированная доплата руководителю субъекта здравоохранения производится при условии охвата дифференцированной доплатой не менее 50% врачебного персонала в размере не более 150% от средней суммы дифференцированной доплаты врачебного персонала.

25. Дифференцированная доплата медицинскому работнику субъекта здравоохранения не производится за отчетный период:

1) при наличии у него неснятого дисциплинарного взыскания;

2) проработавшему в соответствующем субъекте здравоохранения менее одного месяца;

-
- 3) в период испытательного срока;
- 4) при нахождении в отпуске в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан более 14 календарных дней при ежемесячном отчетном периоде и более 30 календарных дней при ежеквартальном отчетном периоде, за исключением оплачиваемого ежегодного трудового отпуска;
- 5) при временной нетрудоспособности более 14 календарных дней при ежемесячном отчетном периоде и более 30 календарных дней при ежеквартальном отчетном периоде;
- 6) при увольнении до окончания отчетного периода.
26. В случае наличия у медицинского работника субъекта здравоохранения нарушений, выявленных в отчетном периоде по результатам внешнего контроля и государственного контроля в порядке, определенном Законом Республики Казахстан от 6 января 2011 года «О государственном контроле и надзоре в Республике Казахстан» (далее – Закон о государственном контроле), выплата ему дифференцированной доплаты определяется решением руководителя субъекта здравоохранения.
27. В случае наличия у медицинского работника субъекта здравоохранения нарушений, выявленных в отчетном периоде по результатам внутренней экспертизы службой поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) в порядке, определенном Правилами организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10880) (далее – приказ № 173), уменьшение ему начисленной дифференцированной доплаты определяется решением комиссии, но не более 50% от начисленной дифференцированной доплаты.
- ### **3. Порядок поощрения работников субъектов ПМСП за счет средств СКПН**
28. Поощрение медицинских работников субъектов ПМСП за счет средств СКПН осуществляется на основе достигнутых индикаторов конечного результата деятельности субъекта ПМСП (далее – индикаторы конечного результата), определенных Методикой формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 5946) (далее – Методика).
29. Средства СКПН направлены на:
- 1) материальное поощрение работников субъекта ПМСП за достигнутые индикаторы конечного результата;
 - 2) повышение квалификации и переподготовку работников субъекта ПМСП, включая командировочные расходы, которые составляют не менее 5% от полученной суммы СКПН по субъекту ПМСП за отчетный период.
30. СКПН на повышение квалификации и переподготовку медицинских работников субъекта ПМСП подлежит использованию в полном объеме в течение отчетного года.
31. СКПН выплачивается следующим работникам субъекта ПМСП (далее – работники ПМСП):
- 1) работники, оказывающие услуги в условиях территориального участка:
 - врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры;
 - медицинские сестры общей практики и участковой службы, акушерки, оказывающие медицинские услуги в условиях территориального участка;
 - социальные работники и психологи;
 - 2) дополнительный персонал:
 - руководитель самостоятельного Центра семейного здоровья или врачебной амбулатории, заведующие и старшие медицинские сестры отделений общей врачебной практики, заведующие и старшие медицинские сестры отделений участковой службы;
 - работники (врачи и средний медицинский персонал) отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья.
32. Порядок расчета суммы СКПН, полученной в зависимости от достижения индикаторов конечного результата, до уровня субъекта ПМСП и до уровня территориальных участков субъекта ПМСП, определяется Методикой.
33. Расчет суммы СКПН до уровня субъектов и территориальных участков ПМСП осуществляется в автоматизированном режиме в информационной системе «Дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи» (далее – ДКПН) ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, при этом за декабрь текущего года – в январе следующего года.
34. Сумма СКПН на стимулирование работников субъекта ПМСП, оказывающих услуги в условиях территориального участка, определяется на основании сформированной в ДКПН сводной информации по распределению сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива в зависимости от достижения индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам.
35. Распределение суммы СКПН работникам ПМСП осуществляется ежемесячно на основании решения комиссии в зависимости от вклада работника ПМСП в достижении индикаторов конечного результата и индикаторов процесса, влияющих на значения индикаторов конечного результата дея-
-

тельности субъекта ПМСП (далее – индикаторы процесса).

Индикаторы процесса с учётом рекомендуемого перечня индикаторов процесса деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, влияющих на значения индикаторов конечного результата согласно приложению 4 к настоящим Правилам, утверждаются руководителем субъекта ПМСП по согласованию с комиссией и службой поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита).

Индикаторы процесса решением руководителя субъекта ПМСП по согласованию с комиссией и службой поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) дополняются индикаторами оценки качества медицинских услуг для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, которые определены приказом № 173.

36. С целью обеспечения достижения целевого значения по индикаторам конечного результата осуществляется мониторинг индикаторов процесса следующими участниками:

- 1) служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) субъекта ПМСП;
- 2) управления здравоохранения;
- 3) научно-исследовательские организации здравоохранения по компетенции;

4) Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – ККМФД) и (или) его территориальные подразделения (далее – ТД ККМФД).

37. Служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) размещает результаты деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, по достижению индикаторов процесса, влияющих на значения индикаторов конечного результата по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам по субъекту ПМСП и в разрезе территориальных участков за отчетный период и подтверждает в ДКПН в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

38. Управление здравоохранения:

проводит мониторинг и контроль над размещением в ДКПН субъектом ПМСП данных по индикаторам процесса;

проводит мониторинг и контроль над своевременностью распределения сумм СКПН работникам субъекта ПМСП и размещением информации в ДКПН;

осуществляет анализ деятельности субъекта ПМСП по достижению индикаторов конечного результата и индикаторов процесса, по исполнению рекомендаций научно-исследовательских организаций здравоохранения по компетенции и ТД ККМФД.

39. ТД ККМФД по результатам мониторинга индикаторов процесса субъекта ПМСП, размещенных в ДКПН:

осуществляет согласно приказу № 173 внешнюю экспертизу деятельности субъекта ПМСП, у которого более трех месяцев подряд по индикаторам процесса отмечается не достижение пороговых значений, и предоставляет результаты экспертизы с рекомендациями субъекту ПМСП, научно-исследовательской организации здравоохранения по компетенции и управлению здравоохранения;

осуществляет в соответствии с Законом Республики Казахстан от 6 января 2011 года «О государственном контроле и надзоре в Республике Казахстан» внеплановую проверку субъекта ПМСП, у которого в течение шести месяцев подряд по индикаторам процесса отмечается не достижение пороговых значений, и предоставляет результаты проверки с рекомендациями субъекту ПМСП, научно-исследовательской организации здравоохранения по компетенции и управлению здравоохранения для принятия управленческих решений;

проводит мониторинг за реализацией рекомендаций, данных субъекту ПМСП по результатам внешней экспертизы.

40. Научно-исследовательские организации здравоохранения по компетенции по результатам мониторинга индикаторов процесса, субъекта ПМСП, размещенных в ДКПН:

оказывают организационно-методическую помощь субъекту ПМСП, у которого в течение двух месяцев подряд по индикаторам процесса отмечается не достижение пороговых значений;

предоставляют по итогам полугодия результаты проведенной организационно-методической помощи в ТД ККМФД и управление здравоохранения.

41. Управление здравоохранения выплату сумм СКПН субъектам ПМСП за отчетный период осуществляет после размещения субъектами ПМСП в ДКПН данных по индикаторам процесса в сроки и в порядке, определяемом на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Закона Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

42. Решение о распределении суммы СКПН работникам ПМСП принимает комиссия на основании представления о поощрении не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом, которое оформляется протоколом заседания комиссии и передается кадровой службе субъекта ПМСП для издания соответствующего приказа.

Представления о поощрении на рассмотрение комиссии вносятся ежемесячно до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

43. Представление о поощрении работников первичной медико-санитарной помощи, оказывающих услуги на территориальном участке, за достижение индикаторов конечного результата деятельности

субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам формирует врач данного территориального участка, который осуществляет координацию деятельности за достижением объема и качества оказываемых услуг работниками, находящимися в его подчинении, и определяет соотношение распределения суммы СКПН между работниками.

Решение комиссии при распределении сумм СКПН по территориальным участкам принимается по согласованию с заведующим отделением, обеспечивающим координацию деятельности данного территориального участка.

44. Представление о поощрении на старшую медицинскую сестру за достижение индикаторов конечного результата в виде представления о поощрении на заведующего /старшую медицинскую сестру отделений общей врачебной практики и (или) участковой службы за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам формирует заведующий отделением, который осуществляет координацию деятельности за достижением объема и качества оказываемых услуг данным работником, находящимся в его подчинении.

Расчет суммы СКПН старшей медицинской сестре отделения общей врачебной практики или участковой службы осуществляется от средней суммы СКПН среднего медицинского персонала курируемого отделения в соотношении, определенном комиссией по согласованию с заведующим отделением, у которого данный работник находится в подчинении.

45. Представление о поощрении на заведующего отделением за достижение индикаторов конечного результата в виде представления о поощрении на заведующего/ старшую медицинскую сестру отделений общей врачебной практики и (или) участковой службы за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам формирует руководитель субъекта ПМСП по согласованию с руководителем службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита).

Расчет суммы СКПН заведующему отделением общей врачебной практики или участковой службы осуществляется от средней суммы СКПН врачебного персонала курируемого отделения в соотношении, определенном комиссией по согласованию с руководителем субъекта ПМСП.

46. Представление о поощрении работников отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего пер-

вичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам, за исключением социальных работников и психологов, формирует курирующий заместитель руководителя субъекта ПМСП или заведующий отделением общей врачебной практики или участковой службы.

Расчет суммы СКПН работникам (врачам и медицинским сестрам) отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья осуществляется от средней суммы СКПН соответственно работникам ПМСП (врачебного персонала и среднего медицинского персонала), оказывающим услуги на территориальном участке, в соотношении, определенном комиссией по согласованию с курирующим специалистом.

47. Размер суммы СКПН руководителю самостоятельного Центра семейного здоровья или врачебной амбулатории определяется по решению комиссии в соотношении от средней суммы СКПН врачебного персонала субъекта ПМСП. Решение комиссии оформляется в виде протокола об определении размера поощрения руководителю самостоятельного Центра семейного здоровья или врачебной амбулатории за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам.

48. Выплата суммы СКПН работнику ПМСП за отчетный период не производится:

1) при наличии у него неснятого дисциплинарного взыскания за рассматриваемый период, но не более двух месяцев с момента его применения;

2) проработавшему в соответствующем субъекте ПМСП менее одного месяца;

3) в период испытательного срока;

4) при нахождении в отпуске в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан более 14 календарных дней, за исключением оплачиваемого ежегодного трудового отпуска;

5) при временной нетрудоспособности более 14 календарных дней;

6) при увольнении до окончания отчетного периода.

49. В случае наличия у работника ПМСП нарушений, выявленных в отчетном периоде по результатам внешнего контроля и государственного контроля в порядке, определенном Законом о государственном контроле, выплата ему суммы СКПН определяется решением руководителя субъекта ПМСП.

50. В случае наличия у работника ПМСП нарушений, выявленных в отчетном периоде по результатам внутренней экспертизы службой поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) в порядке, определенном приказом № 173, начисленная сумма СКПН уменьшается решением комиссии, но не более 50% от начисленной суммы СКПН.

51. В случае если сумма СКПН, предназначенная в отчетном периоде для стимулирования работников, оказывающих услуги в условиях территори-

ального участка, распределена не в полном объеме, то остаток суммы СКПН в данном отчетном периоде направляется по решению комиссии на дополнительное стимулирование наиболее отличившихся работников, оказывающих услуги в условиях территориального участка при условии:

достижения ими высоких результатов в работе;

отсутствия нарушений по результатам внешнего контроля и государственного контроля в порядке, определенном Законом о государственном контроле, и по результатам внутренней экспертизы службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) в порядке, определенном приказом № 173; полных отработанных ими рабочих дней.

Приложение 1

к Правилам поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Критерии оценки деятельности медицинских работников субъекта здравоохранения

| № п/п | Наименование показателей | Источник информации | Эффект |
|-------|---|--|-----------|
| 1 | Наличие обоснованных письменных и устных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов | Журнал приема посетителей руководителем организации, журнал учета письменных обращений граждан, запросы на блоги, проверочные листы и акты ТД ККМФД | Снижение |
| 2 | Наличие случаев предотвратимых летальных исходов, осложнений, возникших в результате лечения и диагностики, в том числе, повлекшие инвализацию пациента | Статистические карты стационарного больного, заключение заведующего отделением или комиссии, утвержденное руководителем службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита), акты экспертной проверки, протоколы заседания КИЛИ* и проверочные листы и акты ТД ККМФД | Снижение |
| 3 | Наличие нарушений по результатам государственного контроля | Проверочные листы и акты проверки ТД ККМФД | Снижение |
| 4 | Наличие случаев повторного незапланированного поступления пациентов (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | Электронный регистр стационарных больных | Снижение |
| 5 | Наличие случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов | Протокол патологоанатомического исследования и протокол заседания патологоанатомической конференции | Снижение |
| 6 | Положительная динамика статистических показателей деятельности | Статистические данные и отчеты | Повышение |
| 7 | Внедрение современных технологий, наличие инновационной деятельности | Наличие свидетельства о разрешении применения новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации или Акты внедрения, подписанные заведующим отделением и утвержденные заместителем главного врача по лечебной работе | Повышение |
| 8 | Достижение конверсии мазка мокроты в процессе лечения у больных с бактериовыделением** | Медицинская карта больного туберкулезом, Национальный регистр больных туберкулезом | Повышение |
| 9 | Отсутствие пропусков приема противотуберкулезных препаратов у больных туберкулезом** | Медицинская карта больного туберкулезом, Национальный регистр больных туберкулезом | Повышение |

Примечание:

* КИЛИ – комиссия по исследованию летальных исходов;

** применительно к противотуберкулезным организациям.

Приложение 2
к Правилам поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Форма

Председателю комиссии по оценке результатов деятельности организации здравоохранения и вклада работников в повышение качества оказываемых услуг

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

от

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Представление о поощрении

период с «___» 20__ года по «___» 20__ года

Наименование отделения

| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Занимаемая должность | Плановый уровень достижения результата | Фактический уровень достижения результата | % достижения результата | Сумма дифференцированной доплаты |
|-------|------------------------|----------------------|--|---|-------------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

Ответственное лицо,
составившее представление о поощрении: _____ /
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для представления на бумажном носителе)

«___» 20__ года

Приложение 3

к Правилам поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Форма

Сводная информация по распределению сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива в зависимости от достижения индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь

(наименование субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь)
период с «___» 20__ года по «___» 20__ года

Распределение суммы СКПН: итоговая сумма СКПН: _____ тенге, из них,

на повышение квалификации (не менее 5%): _____ тенге;

на стимулирование дополнительного персонала: _____ тенге;

на стимулирование работников, оказывающих услуги в условиях территориального участка: _____ тенге;

| № п/п | Наименование участка | Количество прикрепленного населения, человек | Наименование индикатора конечного результата | | | Итого количество баллов по всем индикаторам | % достижения результата | Сумма СКПН, тенге | | | Количество персонала на участке, человек |
|-------|----------------------|--|--|----------------------|------|---|-------------------------|-------------------|------|------------|--|
| | | | Целевое значение | Фактическое значение | балл | | | план | факт | отклонение | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | |
| | Итого | | | | | | | | | | |

Руководитель _____ /
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для информации на бумажном носителе)

Место печати (для формы на бумажном носителе) «___» 20__ года

Приложение 4
к Правилам поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Перечень индикаторов процесса деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, влияющих на значения индикаторов конечного результата*

| Наименование индикаторов процесса | Порядок расчета | Пороговое значение |
|---|--|--------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 1. Материнская смертность, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи | | |
| Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом в сроке до 12 недель | Количество беременных женщин, осмотренных терапевтом в сроке до 12 недель/ общее количество беременных женщин, осмотренных терапевтом, % | 100% |
| Случая госпитализации беременных женщин и (или) родильниц с эклампсией и преэклампсией | Количество беременных женщин и (или) родильниц, госпитализированных с эклампсией и преэкламpsiей/ общее количество госпитализированных беременных женщин и (или) родильниц | 0% |
| Ранняя явка для постановки на диспансерный учет по беременности | Количество беременных женщин, взятых на учет в сроке до 12 недель/ общее количество беременных женщин, взятых на учет, % | 100% |
| 2. Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи | | |
| Удельный вес детей до 6 месяцев на исключительно грудном вскармливании | Количество детей до 6 месяцев, находящихся на исключительно грудном вскармливании при отсутствии противопоказаний/ общее количество детей до 6 месяцев, % | 100% |
| Удельный вес детей до 2 лет на грудном вскармливании | Количество детей до 24 месяцев, находящихся на грудном вскармливании при отсутствии противопоказаний/ общее количество детей до 24 месяцев, % | 100% |
| Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными ОКИ** | Количество детей до 5 лет, госпитализированных в стационаре с осложненными ОКИ/ общее количество детей до 5 лет, зарегистрированных с ОКИ, % | 0% |
| Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными ОРИ*** | Количество детей до 5 лет, госпитализированных в стационаре с осложненными ОРИ/ общее количество детей до 5 лет, зарегистрированных с ОРИ, % | 0% |
| Удельный вес медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала) ПМСП обученных программа ИБВДВ**** | Количество медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала) ПМСП обученных программа ИБВДВ/ общее количество медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала) ПМСП, % | 100% |
| 3. Своевременно диагностированный туберкулез легких | | |
| Удельный вес обследованных флюорографически из сформированной группы «риска» | Количество обследованных флюорографически из сформированной группы «риска»/сформированная группа «риска», % | 100% |
| Удельный вес обследованных пробой Манту из сформированной группы «риска» | Количество обследованных пробой Манту из сформированной группы «риска»/сформированная группа «риска», % | 100% |
| Удельный вес больных с установленным бактериовыделением | Количество лиц с установленным бактериовыделением/ общее количество лиц, направленных на микроскопию мокроты лиц с подозрением на туберкулез легких, % | 5-10% |
| Наличие пропусков приема противотуберкулезных препаратов у больных, получающих лечение в условиях ПМСП | Количество больных туберкулезом, получающих контролируемое противотуберкулезное лечение в условиях ПМСП без единого пропуска среди прикрепленного населения/ общее количество больных туберкулезом, получающих противотуберкулезное лечение в условиях ПМСП среди прикрепленного населения | 0% |

| Наименование индикаторов процесса | Порядок расчета | Пороговое значение |
|--|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 4. Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии | | |
| Удельный вес выявленных больных РШМ***** из прошедших скрининговое обследование | Количество выявленных больных РШМ/ общее количество лиц, прошедших скрининговое обследование на выявление РШМ, % | 0,02-0,03 |
| Удельный вес выявленных больных РМЖ***** из прошедших скрининговое обследование | Количество выявленных больных РМЖ/ общее количество лиц, прошедших скрининговое обследование на выявление РМЖ, % | 0,1 и выше |
| Удельный вес выявленных больных раком толстой и прямой кишки из прошедших скрининговое обследование | Количество выявленных больных раком толстой и прямой кишки/ общее количество лиц, прошедших скрининговое обследование на выявление рака толстой и прямой кишки, % | 0,02-0,03 |
| 5. Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) | | |
| Охват целевых групп населения скрининговыми обследованиями | Количество лиц, прошедших скрининговые обследования на выявление факторов риска БСК***** и БСК/ общее количество лиц, подлежащих скрининговым обследованиям на выявление факторов риска БСК и БСК, % | 100% |
| Удельный вес выявленных больных БСК при скрининговом обследовании | Количество лиц, с выявленными БСК после проведения скрининговых обследований/ общее количество лиц, прошедших скрининговые обследования на выявление БСК, % | Не менее 10% |
| Охват диспансерным наблюдением выявленных при скрининге больных с АГ***** и ИБС***** | Количество больных с АГ и ИБС, охваченных диспансерным наблюдением/ общее количество больных с АГ и ИБС, выявленных при скрининговом обследовании, % | 100% |
| Удельный вес госпитализированных больных АГ, состоящих на диспансерном учете, в состоянии осложненного гипертонического криза | Количество госпитализированных больных с АГ, состоящих на диспансерном учете, в состоянии осложненного гипертонического криза/ общее количество лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу АГ, % | 70% |
| Удельный вес своевременно госпитализированных больных с осложнениями БСК (инфаркт миокарда, мозговой инсульт) | Количество больных, своевременно госпитализированных (первые 6 часов заболевания) по поводу осложнений БСК (инфаркт миокарда, мозговой инсульт)/ общее количество больных, госпитализированных по поводу осложнений БСК (инфаркт миокарда, мозговой инсульт), % | 100% |
| 6. Обоснованные жалобы | | |
| Удельный вес обращений физических и юридических лиц с положительным решением по принципу «здесь и сейчас» Службой поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) | Количество обращений физических и юридических лиц с положительным решением/общее количество рассмотренных обращений физических и юридических лиц, % | 100% |

Примечание:

* Руководитель субъекта здравоохранения по каждому индикатору конечного результата, в случае необходимости, самостоятельно утверждает дополнительные индикаторы процесса, в том числе из перечня индикаторов, изложенного в Правилах организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 27 марта 2015 года № 173 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10880);

** ОКИ – острая кишечная инфекция;

*** ОРИ – острая респираторная инфекция;

**** ИВБДВ – интегрированное ведение болезней детского возраста;

***** РШМ – рак шейки матки;

***** РМЖ – рак молочной железы;

***** – болезни системы кровообращения;

*****АГ – артериальная гипертония;

***** ИБС – ишемическая болезнь сердца.

Приложение 5
к Правилам поощрения работников организаций
здравоохранения, участвующих в оказании ком-
плекса мероприятий в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи

Форма

**Результаты деятельности субъекта здравоохранения,
оказывающего первичную медико-санитарную помощь
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи,
по достижению индикаторов процесса, влияющих на значения
индикаторов конечного результата**

(наименование субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь)

период с «___» 20__ года по «___» 20__ года

Численность прикрепленного населения: Всего _____ человек, из них: дети до 14 лет – _____ че-
ловек, подростки с 15 до 18 лет – _____ человек, взрослые – _____ человек, в том числе женщины фер-
тильного возраста – _____ человек.

| № п\п | Наименование индикаторов конечного ре- зультата | Наименование индикаторов процесса | Поро- говое значе- ние | Фактиче- ское значе- ние по субъекту ПМСП | Наименование и (или) номер участка | Наименование и (или) номер участка |
|----------|--|---|---------------------------------|---|---|--|
| | | | | | Фактическое зна- чение по терри- ториальному участ- ку | Фактическое зна- чение по терри- ториальному участку |
| A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | ... | ... | | | | |
| | | ... | | | | |
| | ... | ... | | | | |
| | | ... | | | | |
| | ... | ... | | | | |
| | | ... | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для отчета на бумажном носителе)

Руководитель службы поддержки пациента
и внутреннего контроля (аудита) _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «___» 20__ года

Приложение 6
к Правилам поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Форма

Председателю комиссии по оценке результатов деятельности субъектов здравоохранения и вклада работников в повышение качества оказываемых услуг

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))
от _____
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Представление о поощрении работников первичной медико-санитарной помощи, оказывающих услуги на территориальном участке, за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь

(наименование субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь)

период с «___» 20__ года по «___» 20__ года

Наименование участка: _____ (указать)

Состав участка:

Врачебный персонал: _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Средний медицинский персонал: _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Социальный работник: _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Психолог: _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

1. Оценка достижения индикаторов конечного результата*

| № п/п | Наименование инди- катора конечного ре- зультата | Целевой показатель | | Фактический показатель | | % достижения результата |
|----------|--|--------------------|------|------------------------|------|----------------------------|
| | | значение | балл | значение | балл | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ... | | | | | |
| | Итого | | | | | |

2. Оценка достижения индикаторов процесса, влияющих на значения индикаторов конечного результата**

| № п/п | Наименование индикатора конечного результата | Наименование индикатора процесса | Пороговое значение индикатора процесса | Фактическое значение индикатора процесса | Отклонение | Оценка значения в баллах*** |
|-------|--|----------------------------------|--|--|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ... | | | | | |
| | Итого | | | | | |

3. Распределение сумм СКПН между работниками на территориальном участке****

| № п/п | Ф.И.О. | Занимаемая должность | Фактическое количество рабочих дней | Наличие нарушений***** | Соотношение для распределения сумм СКПН, % | Примечание |
|-------|--------|----------------------|-------------------------------------|------------------------|--|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

Ответственное лицо,
составившее представление о поощрении: _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для представления на бумажном носителе)

«____» _____ 20____ года

Ознакомлены:
 Врачебный персонал: _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для представления на бумажном носителе)

Средний медицинский персонал: _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для представления на бумажном носителе)

Социальный работник: _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для представления на бумажном носителе)

Психолог: _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для представления на бумажном носителе)

Примечание:
 * индикаторы конечного результата и данные по ним должны соответствовать данным в ДКПН;
 ** индикаторы процесса и данные по ним формируются на основании учетной и отчетной медицинской документации;
 *** оценка значений индикаторов процесса определяется в баллах: «результат достигнут» – 2 балла, «результат достигнут частично» – 1 балл, «результат не достигнут» – 0 баллов;
 **** сумма СКПН распределяется между работниками, указанными в подпункте 1) пункта 31 настоящих Правил;
 ***** наличие нарушений указывается в соответствии с пунктами 48-50 настоящих Правил.

Приложение 7

к Правилам поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Форма

Председателю комиссии по оценке результатов деятельности организации здравоохранения и вклада работников в повышение качества оказываемых услуг

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))
от _____
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

**Представление о поощрении
на заведующего /старшую медицинскую сестру отделений общей врачебной практики и (или) участковой службы за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь**

(наименование субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь)

период с «___» 20__ года по «___» 20__ года

Количество населения: _____ человек

Количество врачей: _____

Количество медицинских сестер: _____

Количество населения на 1 врачебную должность: _____ человек

Соотношение медицинских сестер на участке на 1 должность врача на участке _____;

Состав отделения общей врачебной практики и участковой службы:

(указать перечень участков, включенных в отделение общей врачебной практики и (или) участковой службы)

1. Оценка достижения индикаторов конечного результата отделением общей врачебной практики и (или) участковой службы:*

| № п/п | Наименование индикатора конечного результата | Целевой показатель | | Фактический показатель | | % достижения результата |
|----------|---|--------------------|------|------------------------|-------|----------------------------|
| | | значение | балл | значение | балл* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ... | | | | | |
| | Итого | | | | | |

2. Оценка достижения индикаторов процесса, влияющих на значения индикаторов конечного результата, отделением общей врачебной практики и (или) участковой службы**

| № п/п | Наименование ин- дикатора конечного результата | Наименование индикатора процесса | Пороговое зна- чение инди- катора процес- са | Фактическое зна- чение индикатора процесса | Откло- нение | Оценка значе- ния в баллах*** |
|----------|--|--|---|--|-----------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ... | | | | | |
| | Итого | | | | | |

3. Распределение сумм СКПН:

| № п/п | Ф.И.О. | Занимаемая должность | Фактическое количество ра- бочих дней | Наличие наруше- ний**** | Соотношение для рас- пределения сумм СКПН, % | Примечание |
|----------|--------|-------------------------|---|-------------------------------|--|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Ответственное лицо,
составившее представление о поощрении: _____ /
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
(для представления на бумажном носителе)

«___» _____ 20___ года

Ознакомлены: _____ /
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для представления на бумажном носителе)

Примечание:

* индикаторы конечного результата и данные по ним определяются в среднем по всем закрепленным территориальным участкам за конкретным заведующим отделением или старшей медицинской сестрой, в соответствии с данными в ДКПН;

** индикаторы процесса и данные по ним формируются на основании учетной и отчетной медицинской документации по всем закрепленным территориальным участкам за конкретным заведующим отделением или старшей медицинской сестрой;

***оценка значений индикаторов процесса определяется в баллах: «результат достигнут» – 2 балла, «результат достигнут частично» – 1 балл, «результат не достигнут» – 0 баллов;

**** наличие нарушений указывается в соответствии с пунктами 48-50 настоящих Правил.

Приложение 8
к Правилам поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Форма

Председателю комиссии по оценке результатов деятельности организации здравоохранения и вклада работников в повышение качества оказываемых услуг

_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))
от _____
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

**Представление о поощрении
работников отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного
здравоохранения за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь**

(наименование субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь)

период с «___» _____ 20___ года по «___» _____ 20___ года

Количество населения: _____ человек

Состав отделения профилактики и социально-психологической помощи*:

(указать работников)

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

1. Оценка достижения индикаторов конечного результата**

| № п/п | Наименование индикатора конечного результата | Целевой показатель | | Фактический показатель | | % достижения результата |
|----------|---|--------------------|------|------------------------|------|----------------------------|
| | | значение | балл | значение | балл | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ... | | | | | |
| | Итого | | | | | |

2. Оценка достижения индикаторов процесса, влияющих на значения индикаторов конечного результата***

| № п/п | Наименование индикатора конечного результата | Наименование индикатора процесса | Пороговое значение индикатора процесса | Фактическое значение индикатора процесса | Отклонение | Оценка значения в баллах**** |
|-------|--|----------------------------------|--|--|------------|------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ... | | | | | |
| | Итого | | | | | |

2. Распределение сумм СКПН работникам отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья:

| № п/п | Ф.И.О. | Занимаемая должность | Фактическое количество рабочих дней | Наличие нарушений***** | Соотношение для распределения сумм СКПН, % | Примечание |
|-------|--------|----------------------|-------------------------------------|------------------------|--|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ... | | | | | |
| | ... | | | | | |

Ответственное лицо, составившее представление о поощрении:

/
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
(для представления на бумажном носителе)

«___» 20 ___ года

Ознакомлены:

Врачебный персонал: /
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
(для представления на бумажном носителе)

Средний медицинский персонал: /
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
(для представления на бумажном носителе)

Примечание:

* состав отделения профилактики и социально-психологической помощи включает работников, определенных в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6173);

** индикаторы конечного результата в целом по субъекту ПМСП и данные по ним должны соответствовать данным в ДКПН;

***индикаторы процесса и данные по ним формируются на основании учетной и отчетной медицинской документации;

****оценка значений индикаторов процесса определяется в баллах: «результат достигнут» – 2 балла, «результат достигнут частично» – 1 балл, «результат не достигнут» – 0 баллов;

***** наличие нарушений указывается в соответствии с пунктами 48-50 настоящих Правил.

Приложение 9

к Правилам поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Форма

**Протокол
об определении размера поощрения руководителю самостоятельного Центра семейного здоровья или врачебной амбулатории за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь**

(наименование субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь)

период с «___» 20__ года по «___» 20__ года

1. Данные о прикрепленном населении и работниках субъекта ПМСП:

| № п/п | Наименование | Плановый показа- тель | Фактический показатель* |
|----------|---|--------------------------|----------------------------|
| 1 | Численность прикрепленного населения, человек | x | |
| 2 | Количество врачебного персонала на участках | x | |
| 3 | Количество среднего медицинского персонала на участках | x | |
| 4 | Количество дополнительного персонала | x | |
| 5 | Количество среднего медицинского персонала на одну врачебную должность, в т.ч. | x | |
| | На терапевтическом участке | Не менее 1,0: 2,0 | |
| | На педиатрическом участке | Не менее 1,0:2,0 | |
| | на участке семейного врача/ВОП | Не менее 1,0: 2,0 | |
| 6 | Обеспеченность социальными работниками на 10 000 человек прикрепленного населения | Не менее 1,0 | |
| 7 | Обеспеченность психологами на 10 000 человек прикрепленного населения | Не менее 1,0 | |
| 8 | Коэффициент медицинской организации | 1,0 | |

2. Оценка достижения индикаторов конечного результата**

| № п/п | Наименование индикатора ко- нечного результа- та | Целевой показа- тель | | Фактический показатель | | % достижения результата | Сумма СКПН, тенге | | |
|----------|--|-------------------------|------|---------------------------|------|----------------------------|-------------------|------|-----------------|
| | | значение | балл | значение | балл | | план | факт | откло- нение |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Итого | | | | | | | | |

3. Распределение суммы СКПН:

| № п/п | Ф.И.О. | Занимаемая должность | Фактическое количество рабочих дней | Соотношение для распре- деления сумм СКПН | Примечание |
|----------|--------|-------------------------|--|--|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

Комиссия в составе: _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
(для информации на бумажном носителе)
_____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
(для информации на бумажном носителе)
_____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
(для информации на бумажном носителе)
_____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
(для информации на бумажном носителе)

Ознакомлен:

Руководитель самостоятельного Центра семейного здоровья
или врачебной амбулатории _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
(для информации на бумажном носителе)

«____ » 20__ года

Примечание:

* фактические данные о прикрепленном населении и работниках субъекта ПМСП должны соответствовать данным в ДКПН;

** индикаторы конечного результата в целом по субъекту ПМСП и данные по ним должны соответствовать данным в ДКПН.

Приложение 2
к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
от 29 мая 2015 года № 429

**Перечень
утративших силу некоторых решений Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов 24 ноября 2009 года № 5876, опубликован в «Юридической газете» от 8 декабря 2009 года № 187 (1784), в «ЗАң газеті» 8 декабря 2009 года № 187 (1610)).

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 октября 2011 года № 693 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов 19 октября 2011 года № 7270, опубликован в «Юридической газете» от 22 ноября 2011 года № 171(2161)).

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 апреля 2012 года № 245 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов 16 мая 2012 года № 7665, опубликован «Юридическая газета» от 27 июня 2012 года № 93 (2275); от 28 июня 2012 года № 94 (2276); «ЗАҢ ГАЗЕТА» 28 июня 2012 года № 94 (2102); Собрание актов центральных исполнительных и иных центральных государственных органов Республики Казахстан № 9, 2012 года).

4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 марта 2014 года № 142 «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 апреля 2014 года № 9371, опубликован в информационно-правовой системе «Эділет» 30 мая 2014 года).

5. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 марта 2015 года № 157 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 23 апреля 2015 года № 10792, опубликован в информационно-правовой системе «Эділет» 5 мая 2015 года).

ПСИХОТЕРАПИЯ

ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ 14-18 ЛЕТ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ С РИСКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (методические рекомендации)

Л.А. Бикетова, И.Р. Исакова, Т.В. Пак

Данные методические рекомендации являются результатом многолетней работы специалистов Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании. На основе собственных исследований и лучших мировых практик создана программа первичной профилактики вовлечения школьников в орбиту зависимости, состоящая из диагностических и психокоррекционных технологий.

В методических рекомендациях рассматриваются различные виды химических и нехимических зависимостей, с акцентом на основную категорию вовлекаемых лиц – подростков. Приводятся сведения о распространённости данных видов аддиктивного поведения среди учащейся молодёжи Республики Казахстан. Рассматриваются механизмы вовлечения в зависимое поведение. Основное внимание уделяется инновационным технологиям диагностической и психокоррекционной работы среди учащихся в возрасте 14-18 лет общеобразовательных школ, имеющих риски вовлечения в социальные эпидемии (химические и нехимические зависимости).

Методические рекомендации предназначены для школьных психологов, студентов психологических факультетов, магистрантов, практических психологов, социальных педагогов.

Введение

Начало XXI века ознаменовалось всплеском кризисных и масштабных социальных явлений, таких как химическая и нехимическая (психологическая) зависимость. Среди них наркотическая и алкогольная зависимость, поразившие общество в конце XX – начале XI веков. И относительно неизвестные ни специалистам, ни обществу в целом новые проблемы – религиозный и политический экстремизм; терроризм; вовлечение населения в криминальные сообщества и деструктивные секты; игромания; компьютерная аддикция и интернет-аддикция. Данные социальные эпидемии [25] привлекают пристальное внимание политических, военных, научных, экономических и культурных элит.

Данные социальные явления приобретают характер неконтролируемых социальных эпидемий с вовлечением от 7 до 10% населения планеты.

Темпы и масштабы распространения данных социальных явлений свидетельствуют о недостаточной эффективности противодействующих усилий. В частности – об очевидной слабости или даже об отсутствии концептуального видения способов эффективной профилактики вовлечения населения в химическую и нехимическую зависимость.

В течение 2001-2011 гг. научным коллективом Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, РК) были разработаны стратегии и технологии эффективного противодействия распространению социальных эпидемий (химических и нехимических видов зависимостей). Особое внимание

было уделено «новым» для нашей страны проблемам – эпидемии патологического пристрастия к азартным играм, компьютерной и религиозной зависимостям. Данные стратегии – диагностические и психокоррекционные технологии (оригинальные и заимствованные) полностью доказали свою состоятельность в корректных исследованиях и экспериментах.

Основным стержнем данной стратегии является функциональная концепция психологического здоровья со следующими характеристиками:

- базисные категории данной концепции (индивидуальное и социальное психологическое здоровье) выстраиваются по принципу антагонистической взаимозависимости с рисками вовлечения в химические и нехимические зависимости;

- в фокусе внимания данной концепции находятся зависимые переменные (т.е. психологические характеристики, на которые можно воздействовать в краткосрочной и среднесрочной перспективе). Данные переменные представляют наиболее существенные факторы риска вовлечения населения в социальные эпидемии. Высокий уровень развития данных переменных эффективно препятствует, а низкий – способствует вовлечению индивида в социальные эпидемии в условиях агрессивной среды;

- данные психологические характеристики – определённые свойства психики индивида – чётко идентифицированы, измеряются, имеют статистически достоверный и выраженный антагонистический характер по отношению к доказанным рискам и фактам вовлечения в химическую и нехимическую зависимость [27].

В наибольшей степени подготовленными к внедрению разработанных и апробированных технологий диагностической и психокоррекционной работы на сегодняшний день является система среднего и высшего образования Республики Казахстан. Это объясняется тем:

- что именно данная структура обладает необходимым набором специалистов – штатных психологов, социальных работников, педагогов;
- что в школе интенсивно развиваются качества, связанные с общением и социальным функционированием в группе сверстников;
- что в школе ученики выполняют определённые задания, поэтому там могут появляться или проявляться воспитательные проблемы детей и молодёжи;
- что в школе дети сталкиваются с различными авторитетами, в ней происходит личностное становление молодого человека;
- что дети и подростки проводят в школе большую часть своего времени;
- что родителям школа дает возможность адекватно оценить возможности и способности своего ребёнка.

Безусловно, основными специалистами являются подготовленные школьные психологи, социальные педагоги, классные руководители. В целом, привлечение сотрудников школы и родителей в программы по снижению риска вовлечения подрастающего поколения в орбиту зависимости (химической и нехимической) является важной частью национальной стратегии профилактики, и повышают в целом эффективность первичной профилактики.

Часть I. Распространение рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости среди детей и молодёжи Республики Казахстан

Прежде чем говорить о масштабах распространения социальных эпидемий в нашей стране, приведём примеры мониторинга ситуации в мире [11]. Тем более что в области химических аддикций мировым сообществом достигнуты определённые успехи в отношении научных исследований, методов профилактики и лечения зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ).

В течение пяти лет, до 2010 года включительно, масштабы незаконного потребления наркотиков в мире составляли от 3,4% до 6,6% взрослого населения (лиц в возрасте 15-64 лет). Примерно 10-13% потребителей наркотиков являются проблемными потребителями. Наркотическая зависимость и/или расстройства здоровья, вызванные употреблением наркотиков, продолжают усугублять глобальное бремя заболеваний. Кроме того, что не менее важно, приблизительно 1 случай смерти из 100 среди

взрослых связан с незаконным потреблением наркотиков [54].

Многообещающие выводы можно сделать на основании исследований, проведённых в 2011 году: для всех основных потребляемых веществ наблюдается снижение или стабилизация уровня потребления. Так, в период с 1999 год по 2007 год произошло снижение потребления табака, снижение злоупотребления алкоголем. Потребление наркотиков, в большей степени каннабиса, возрастило до 2003 года, в 2007 году было отмечено небольшое снижение уровня потребления и его стабилизация в последующие годы (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012) [52].

Однако, наряду с этим, последние результаты исследований в Европе по алкоголю и наркотикам (ESPAD) показывают тенденции к увеличению потребления различных веществ среди школьников. По данным исследований среди общего населения, в среднем 32,5% молодёжи (возраст 15-34 года) в Европе когда-либо потребляли каннабис, в то же время 12,4% – потребляли наркотики в течение последнего года и 6,6% – потребляли наркотики за последний месяц [52].

Нельзя не отметить тот факт, что страны, в которых отмечается высокая распространённость одного вещества, также имеют высокий уровень потребления и других веществ, как легальных, так и нелегальных. Так, высокий уровень недавнего потребления и злоупотребления алкоголем связан с потреблением наркотиков и ингалянтов. Данные выводы подтверждают профилактические подходы, которые нацелены на комплексную профилактику потребления алкоголя и наркотиков среди молодёжи.

В отношении нехимических аддикций успехи в изучении этого явления не столь значительны.

Точных данных о количестве лиц, вовлекаемых в деятельность деструктивных культов и сект, на текущий момент нет. Однако многие исследователи считают, что речь идёт о нескольких десятках миллионов (от 10 до 40 млн.) жителей планеты, то есть около 0,1-0,4% населения. В «Кратком антисектантском справочнике» перечислены более 100 организаций с признаками деструктивных тоталитарных сект, действующих на территории постсоветских республик. Многие из них маскируются под общественные организации, оказывающие помочь социально уязвимым группам населения [26].

Данных о количестве населения, вовлечённого в деятельность экстремистских организаций, на сегодняшний день не существует. Такого рода статистику получить крайне сложно. О масштабах распространения экстремизма можно судить по данным о беспрецедентных темпах прироста террористических актов в мире: за последние 30 лет было совершено более 10 тысяч террористических актов, только широко известных и нашедших отражение в СМИ [28].

Многие исследователи считают серьёзной социальной проблемой азартные игры, как один из видов аддиктивного поведения [7]. По мнению Л.Н. Юрьевой, широкому распространению этой формы зависимого поведения в странах постсоветского пространства способствует, то что страсть к лёгкой наживе стала всеобщей морально допустимой, общественно одобряемой и интенсивно пропагандируемой средствами массовой информации (СМИ) и другими инструментами рекламы [50]. Кроме того, к резкому повышению распространённости азартных игр ведёт ситуация социально-экономического кризиса и нестабильности. Примером тому служат данные, полученные в США в период «Великой депрессии», когда страх перед проигрышем отступал перед страхом жизни. Проблема усугубляется тем, что в процессе игры в ряде случаев возникают расслабление, снятие эмоционального напряжения, отвлечение от неприятных проблем, и игра рассматривается как приятное проведение времени. По этому механизму постепенно наступает втягивание и развивается зависимость.

Азартные игры, как форма досуга или развлечения, существуют повсеместно, и часть людей иногда играет в казино, на игровых автоматах, ходит на ипподром, делает спортивные ставки, покупает лотерейные билеты. Однако есть и другая категория людей, кого считают патологическими игроками. Доля патологических игроков во взрослой популяции варьирует от 0,4% до 3,4%, а в некоторых регионах может достигать и 7%. Число патологических игроков среди подростков и юношей часто превышает среднее число патологических игроков среди взрослых не менее чем в 2 раза, и достигает показателя в 2,8-8% [16]. В США более 5 миллионов человек относятся к патологическим игрокам, а ещё 15 миллионов человек – к группе риска. По данным R.A. Volberg, в США 5% относятся к игрокам, жизнь которых полностью зависит от игровых автоматов [55]. В других индустриально развитых странах (Италия, Франция) патологической страстью к азартным играм страдают 2-3% населения. В 2001 году распространённость патологического влечения к азартным играм среди населения России составила в пределах 1,27-3,12%, а количество лиц, находящихся в группе риска, – до 10,5%. По данным зарубежных исследований, проведённых с 1999 по 2002 годы, распространённость игромании в США, Канаде, Новой Зеландии, Швеции, Великобритании, Швейцарии, Австрии составляет 1-1,5%, в Гонконге – 1,9% [16].

Из азартных игр, вызывающих зависимость, на территории бывших советских республик наиболее распространёнными являются игровые автоматы, спортивные ставки, азартные игры в Интернете, карточные игры, лотерея [2].

Другой приметой современного времени стало появление компьютерной аддикции [17]. Её возникновение напрямую связано с массовой компьюте-

ризацией большинства сфер нашей жизни. У таких людей с компьютерной зависимостью стирается грань между реальной и виртуальной жизнью, причём последняя становится более значимой, чем реальная. Компьютерной зависимости наиболее подвержены подростки и молодые люди мужского пола. По данным S. Fisher, в развитых странах число школьников с компьютерной аддикцией составляет 6% [53].

Ситуация в Казахстане

Поскольку мониторинг распространения химических аддикций в стране проводился давно, а исследование рисков распространения нехимических форм зависимостей не проводилось вовсе, то Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) было проведено широкомасштабное исследование рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции среди учащейся молодёжи (в возрасте 16-21 год).

В отношении потребления табака в течение жизни: 34,7% респондентов в возрасте 16-21 года указали, что когда-либо потребляли какие-либо табачные изделия. Текущее потребление табака отметили 19% учащихся, около 30% из них указали, что потребляли менее одной сигареты в день в течение последнего месяца. Более половины респондентов, кто когда-либо употреблял табак, впервые попробовали табачные изделия, не достигнув возраста 16 лет.

На потребление алкоголя в течение жизни указали 52,3% респондентов. Среди учащихся в возрасте 16 лет этот показатель составил 44,3%. Большинство респондентов указали, что начали потреблять алкоголь в возрасте 16 лет и старше. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что инициация потребления крепких напитков, в основном, происходит в период от 16 лет и старше. В отношении менее крепких напитков (пиво, шампанское, вино и т.д.) около половины учащихся ответили, что начали их потребление до 16 лет. Текущее потребление алкоголя отметили 26,6% респондентов, из которых 1,5% указали, что потребляли какие-либо алкогольные напитки ежедневно в течение последних 30 дней. Среди учащихся в возрасте 16 лет показатель потребления алкоголя в последнем месяце составляет 15,7%. В возрасте 16 лет на потребление алкоголя свыше стандартных доз указали 10,5% респондентов. Из наиболее потребляемых алкогольных напитков среди подростков и молодёжи можно выделить пиво, газированные напитки, содержащие алкоголь, и шампанское.

В результате употребления алкоголя с такими последствиями, как драка сталкивались 8,7%, респондентов, травмы или несчастные случаи отметили 5,4% респондентов, на серьёзные проблемы с родителями – 7,4%, с друзьями – 6,5%. Плохая успеваемость в школе в результате употребления алкоголя отмечалась у 5,4% респондентов, 3,4% респондентов ответили, что подвергались нападению или краже. Проблемы с полицией отметили 4,7%, госпита-

лизацию – 2,7% опрошенных лиц. На половую связь без презерватива и половую связь, о которой сожалели на следующий день, указали 6,1% и 5,0%, соответственно.

На потребление каких-либо наркотических веществ в течение жизни указали 16,3% респондентов. Среди учащихся в возрасте 16 лет этот показатель составил 15,9%. Около 60% участников, когда-либо употреблявших наркотики, начали потребление наркотических веществ, за исключением ингалянтов, в возрасте 16 лет и старше. Потребление ингалянтов среди респондентов было инициировано в 48% случаев в возрасте до 13 лет.

В отношении наиболее потребляемых наркотических веществ в течение жизни среди подростков и молодёжи выделяются каннабис, ингалянты, стимуляторы и седативные средства. В результате употребления наркотиков с такими последствиями, как драка сталкивались 1,8% респондентов, травмы или несчастные случаи отметили 1,1% респондентов, на серьёзные проблемы с родителями и с друзьями указали 1,6% и 1,3% респондентов, соответственно. Плохая успеваемость в школе в результате употребления наркотиков отмечалась у 2% респондентов, 1% респондентов указали, что подвергались нападению или краже. Проблемы с полицией или госпитализацию отметили 2% и 0,9% опрошенных лиц. На половую связь без презерватива и половую связь, о которой сожалели на следующий день, указали 2% и 1,2% респондентов, соответственно.

В отношении нехимических зависимостей картина следующая. Среди общей исследуемой группы высокая степень религиозной аддикции была определена в отношении 2,6% респондентов. Высокая степень религиозной аддикции может проявляться в виде следующих симптомов: неспособность думать, сомневаться и задавать вопросы по поводу религиозной информации; чёрно-белое мышление; основанная на стыде вера; магическая убеждённость, что Бог всё сделает для тебя без твоего серьёзного участия; ригидное навязчивое следование правилам и предписаниям; бескомпромиссные суждения; компульсивные или навязчивые стремления к религиозным ритуалам; нереалистические финансовые пожертвования; конфликт и споры с наукой, медицинской и образованием; прогрессирующий отказ от реальной работы, изоляция, разрыв прежних отношений; манипулирование цитатами или текстами, ощущение избранности, заявления о личных посланиях от Бога; трансоподобное состояние, счастливое (или супер одухотворённое) выражение лица; ощущение правоты и превосходство над всем остальным человечеством; разочарование, сомнения, психический, физический и эмоциональный кризис, боязнь призвать на помощь (из страха быть разоблаченным в «не духовности»).

Среднюю степень религиозной аддикции имеют 49,1% опрошенных лиц. Вероятнее всего, это лица с

колеблющиеся религиозной ориентацией, которые испытывают колебания между верой и неверием, обнаруживают сомнение в истинности даже основных и существенных положений вероучения. Могут входить в какую-либо религиозную общность. Культовые действия совершают редко, участвуют лишь в наиболее важных религиозных праздниках и обрядах, чаще всего под влиянием нерелигиозных мотивов. Они не имеют постоянных связей с религиозной группой, религиозные взгляды не распространяют, детей в религиозном духе не воспитывают. Религиозные стимулы, как правило, не влияют на мотивацию социальной деятельности. Не имеют определенных взглядов на религиозные и мирские нормы и ценности [51].

К лицам с низким уровнем религиозной аддикции относятся 48,3% респондентов. Эти лица, скорее всего, не обнаруживают какой-либо ориентации в отношении к религии и религиозности, не имеют религиозной веры, не верят в истинность положений вероучения, не относят себя к религиозной общности. Культовых действий не совершают, хотя не исключены отдельные подобные акты по нерелигиозным мотивам. Религиозных взглядов не распространяют, безразличны, но терпимы к религии и религиозности. При воспитании детей не формируют у них ни позитивной, ни критической позиции по отношению к религии. Социальная деятельность стимулируется безрелигиозными мотивами. Равнодушно относятся как к религиозным, так и мирским нормам и ценностям [51].

Относительно рисков вовлечения в компьютерную зависимость ситуация следующая:

У 1% респондентов определяются признаки компьютерной зависимости. Это состояние характеризуется серьёзными изменениями в ценностно-смысловой сфере личности. На этой стадии начинается изменение самооценки и самосознания.

В целом следует отметить, что психические признаки компьютерной зависимости схожи с психическими признаками зависимостей другого типа [36]. Наиболее распространёнными из них являются «потеря контроля» над временем, проведённым за компьютером, невыполнение обещаний, данных самому себе или другим касаюю уменьшения времени, проведённого за компьютером, намеренное преуменьшение или ложь относительно времени, проведённого за компьютером, потеря интереса к социальной жизни и внешнему виду, оправдание собственного поведения и пристрастия. Важными симптомами компьютерной зависимости являются: смешанное чувство радости и вины во время работы за компьютером, а также раздраженное поведение, которое появляется в том случае, если по каким-то причинам длительность работы за компьютером уменьшается.

Риск развития компьютерной зависимости отмечается у 22,9% опрошенных лиц, который характери-

зуется тем, что в иерархии потребностей появляется новая потребность – играть в компьютерные игры.

Стадия увлечённости определяется у 44,8% респондентов. Данная стадия характеризуется тем, что устойчивая постоянная потребность в игре не сформирована, игра не является значимой ценностью для человека. Игра в компьютерные игры носит скорее ситуационный, нежели систематический характер.

Отсутствие риска развития компьютерной зависимости отмечается у 31,1% опрошенных лиц.

Результаты исследования распространённости игровой аддикции среди учащейся молодёжи в Республике Казахстан представлены ниже. Высокую вероятность патологического гемблинга имеют 5,3% респондентов. Этот уровень характеризуется потерей контроля над пристрастием к азартным играм, а также выраженным проблемами вследствие увлечения играми. Данные лица, как правило, нуждаются в помощи специалистов. При выраженной зависимости наблюдается полное отсутствие борьбы мотивов; игрок готов играть ежедневно и неограниченное время, а фактически играет всегда, когда есть время и любая сумма наличных денег в кармане, так как желание играть присутствует постоянно. Также при игровой зависимости полностью утрачивается контроль над своим состоянием и своего игрового поведения. При выраженной степени игровой зависимости все поведение игрока является несамостоятельным, вынужденным, несвободным, полностью подчинённым внутренней зависимости от игры и от своего желания играть [3].

Уровень с возможными негативными последствиями определён у 4,5% респондентов. Согласно классификации Lesieur and Custer (1984), данный уровень может соответствовать стадии выигрыша. Стадия выигрыша может характеризоваться случайными играми, которые могут сопровождаться выигрышами, фантазиями об игре, беспричинным оптимизмом.

Негативных последствий от азартных игр не имеют 90,2% респондентов. Данные лица могут играть изредка, с целью общения или на досуге – игра не является проблемным пристрастием.

Кроме того, подтверждена взаимосвязь между химическими и нехимическими аддикциями. Так,

выявлено, что у лиц с риском развития алкогольной зависимости чаще отмечается риск развития нехимических форм аддиктивного поведения. У лиц с риском развития наркотической зависимости чаще встречается наличие компьютерной зависимости.

В связи с этим, необходимо разработать эффективную стратегию обеспечения безопасности подрастающего поколения, которая должна предусматривать целенаправленную и профессионально организованную деятельность по выявлению и снижению рисков вовлечения в зависимость любого рода, химическую или нехимическую. В частности в основополагающем документе «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы», утверждённой Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года № 1678, в разделе 5 (Первичная профилактики наркомании) особое внимание уделяется формированию социального антинаркотического иммунитета среди молодёжи в системе среднего и высшего образования. В разделе 6 данного документа говорится о необходимости полноценного охвата населения Республики Казахстан (РК) эффективными первично-профилактическими программами, обеспечивающими формирование психологической устойчивости граждан к вовлечению в современные социальные эпидемии (наркомания, преступность, религиозный экстремизм); необходимости распространения во всех заведениях РК специальных компьютерных программ автоматизированного психологического тестирования с определением степени риска вовлечения в химическую и нехимическую зависимость у каждого тестируемого, с выдачей наиболее оптимальных рекомендаций по снижению данных рисков.

Часть II.

Теоретические основы создания программ профилактики

Для создания эффективных программ профилактического вмешательства важным этапом работы, после оценки ситуации, является этап идентификации мишеней профилактических вмешательств:



Исследования показывают, что проблема, связанная с риском вовлечения молодых людей в социальные эпидемии (химические и нехимические зависимости) – это проблема четырёхуровневая, включающая в себя компонент биологический, психологический, социальный и духовный. Следовательно,

при идентификации факторов риска/защиты и организации профилактической помощи речь уже не может идти только об охране физического или психического здоровья ученика [4]. Современная ситуация диктует необходимость развития наряду с физическим, психическим здоровьем личности форми-

рование психологического здоровья [24]. Многие авторы отмечают, что развитие психологического здоровья позволит личности быть более устойчивой в агрессивной, быстро меняющейся среде [29]. Позволит выработать копинг-стратегии реагирования и совладания в сложных жизненных ситуациях (Adkins M.A. и др., Silver M., Parker M.W. et al., Rickelets J.). Для формирования психологического здоровья в повседневной жизни люди должны обладать определенными навыками, которые в мировой практике получили название жизненных [37]. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), эти навыки представляют собой «способность к адаптации и практике положительного поведения, что позволяет людям эффективно решать проблемы и преодолевать трудности повседневной жизни».

С точки зрения концепции психологического здоровья, данные свойства обеспечивают способность индивида к эффективной самоорганизации, обеспечивают устойчивость и адекватную адаптацию человека в агрессивной среде. Способность усваивать, перерабатывать, генерировать информацию быстро изменяющейся, агрессивной среды, позволяющая реализовывать конструктивные жизненные сценарии – это и есть психологическое здоровье индивида [22, 23].

Выделяются три уровня развития психологического здоровья [44]:

- креативный (высший уровень психологического здоровья);
- адаптивный (средний уровень);
- дезадаптивный (низший уровень).

К высшему уровню психологического здоровья можно отнести людей с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности, наличием созидательной позиции. Такие люди не нуждаются в психологической помощи.

К среднему уровню относятся люди, в целом адаптированные к социуму, при отсутствии агрессивных средовых воздействий. Однако данная категория людей имеет несколько повышенную тревожность и может быть отнесены к группе риска, поскольку не имеет запаса прочности психологического здоровья. Эти люди могут быть включены в профилактически развивающую групповую работу.

К низшему уровню (ассимилятивно-аккомодативному) можно отнести людей с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации и использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные (эгрессивный вариант), либо аккомодативные (агрессивный вариант) средства. Ассимилятивный стиль поведения характеризуется, прежде всего, стремлением человека приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям. Человек, избралший аккомодативный стиль поведения, наоборот, использует

активно-наступательную позицию, стремится подчинить окружение своим потребностям. Неконструктивность такой позиции заключается в негибкости поведенческих стереотипов, преобладании экстернального (внешнего) локуса контроля, недостаточной критичности.

Присутствие в структуре личности определенных характеристик, позволяющих не только адаптироваться к окружающей среде, но и содействовать развитию общества, это и есть норма для психологического здоровья. Альтернатива норме в данном случае – отнюдь не болезнь, а отсутствие возможности развития в процессе жизнедеятельности, неспособность к выполнению своей жизненной задачи [44].

В ходе проведения масштабных эпидемиологических, экспериментально-психологических и клинических исследований (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2003; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2004; Боян Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005) были идентифицированы следующие личностные свойства, высокий уровень развития которых обеспечивал устойчивость в агрессивной среде.

1. Личностная идентификация (Кто я? Куда я иду?) – одна из основных интегративных психологических характеристик, описанных известным американским психологом Э. Эриксоном [48].

2. Позитивный, идентификационный жизненный сценарий – данное свойство является также идентификационной характеристикой личности.

3. Навыки ответственного выбора – данное личностное свойство, в идеале, должно являться непременным атрибутом позитивного жизненного сценария. Ключевой характеристикой свойства ответственного выбора является умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (что в литературе морально-нравственного толка обозначается как «стойкость к искушению»).

4. Качество внутреннего локус-контроля – данное свойство личности (интернальности – экстернальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Роттером. Субъект с развитым качеством внутреннего локус-контроля полностью осознает, что только он сам несет ответственность за все то, что происходит с ним в жизни.

5. Психологические ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария. Даные свойства личности, с одной стороны, являются интегрирующими и включающими вышеизложенный перечень наиболее существенных личностных характеристик, с другой – содержат следующие специфические характеристики:

а) проработанная базисная стратегия с акцентом на синергию (сотрудничество), открытая к изменениям, облегчающая быстрое усвоение информации, поступающей по различным каналам, а также – генерацию новых, актуальных информационных блоков;

б) наличие проработанного ресурсного личностного статуса (Я – ресурсный), актуализирующееся в моменты адаптационного напряжения и способствующего прохождению таких периодов с максимумом приобретений и минимумом потерь;

в) наличие необходимого объёма знаний – умений – навыков, достаточных для реализации своих жизненных и профессиональных планов.

6. Адекватная информированность об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным идентификационным жизненным сценари-

ям – психологическое свойство, имеющее прямое отношение к личностным реакциям, определяющим вектор поведения субъекта по отношению к агрессивным воздействиям среды.

Рассмотрим подробнее каждое из вышеперечисленных личностных свойств.

ЛИЧНОСТНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ

Согласно теории Ю.В. Валентика, личность состоит из отдельно взятых личностных статусов (рисунок 1).

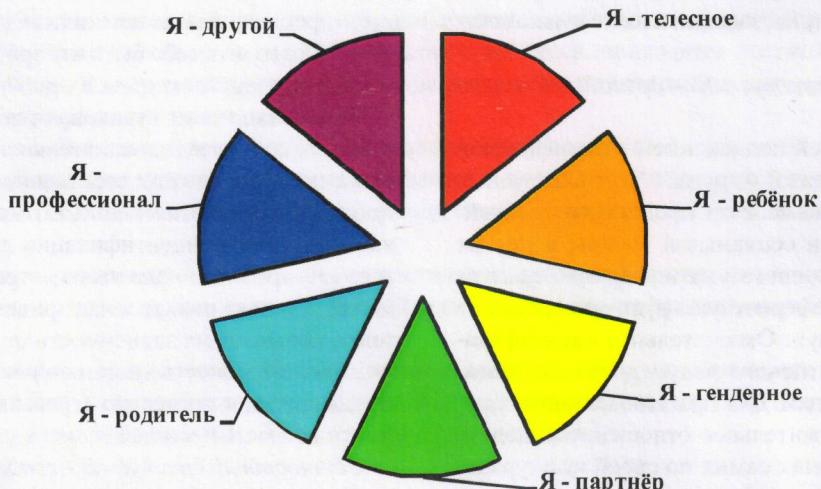


Рисунок 1. Психогенетическая модель личности Ю.В. Валентика

У людей с высоким уровнем самоидентификации существует определённость в отношении жизненных интересов и планов, чётко сформированные образ и ощущение самого себя [8]. Можно говорить о сочетании в структуре личности эмоциональной уравновешенности с волевыми качествами. Такой человек обладает положительной самооценкой, достаточной уверенностью в себе. Для него характерно осознание собственных переживаний, наличие логики чувств, притязаний на признание, способность к рефлексии, осознание личного отношения к миру.

Личностный статус «Я – телесное»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я – телесное» является осознание своих телесных потребностей, способность узнавать их актуализированное состояние и своевременно удовлетворять эти потребности в социально-приемлемой форме. Окончательная идентификация данного нормативного статуса формируется к 18-19 годам. Для детей 14-18 лет признаками процесса идентификации являются следующие формы поведения: адекватная самооценка своего тела и своей внешности. Эти молодые люди считают себя достаточно красивыми или симпатичными, им в целом нравится их тело и их внешность. Для них важен вопрос гигиены и эстетики. У них сформирована стойкая привычка следить за собой. Они, как правило, опрятны и чистоплотны.

Личностный статус «Я – ребёнок»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я – ребёнок», является эмоциональная независимость от родителей и других значимых, авторитетных лиц. При принятии решения, как правило, ориентируются на собственные представления, а не на мнения родителей или других влиятельных взрослых людей. Идентичность данного статуса формируется к 18-19 годам.

Личностный статус «Я – гендерное»

Основной чертой полноценной идентификации в гендерном аспекте является адекватное восприятие себя и других людей по половой принадлежности и адекватная сексуально-социальная роль. Такие люди с одинаковым уважением относятся к лицам, как своего, так и противоположного пола.

Личностный статус «Я – партнёр»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я – партнёр» является адекватная мотивация иметь семью. Период его идентификации приходится на возраст 14-19 лет.

Личностный статус «Я – родитель»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я – родитель» является осознанное желание иметь ребёнка, любить его, заботиться о нем и воспитывать его. Период его идентификации приходится на возраст 14-19 лет.

Личностный статус «Я – профессионал»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я – профессионал» является определение в профессии, регулярная трудовая деятельность и ответственное отношение к работе. Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Возрастной нормой этого периода формирующейся идентификации личностного статуса «Я – профессионал» является тот факт, что дети, как правило, не имеют проблем с обучением в школе. Им интересно учиться, они ответственно относятся к учебе и выполнению домашних заданий и их не нужно контролировать.

Личностный статус «Я – другой / Я – член группы»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я – другой / Я – член группы» является восприятие себя как представителя какой-либо культуры или социальной группы и других людей, представляющих эту же или другую культуру или социальную референтную группу по принципу «равный – равному». Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Для таких людей характерно толерантное и уважительное отношение к людям, отличающимся от них самих по своей культуральной принадлежности (этнонациональной, религиозной, идейной и пр.) и культуральной приверженности. Для них совсем нехарактерна межэтническая, межнациональная, межрелигиозная напряжённость и дискриминация. Они принимают и придерживаются принципа: «Плохих культур не бывает, культуры бывают разные». Признаком полноценной идентификации нормативного личностного статуса «Я – другой» в этом возрасте является адекватное и дружеское восприятие людей с различными этническими, национальными и религиозными особенностями, отличными от собственной принадлежности. Они также адекватно равно относятся к людям с ограниченными физическими (инвалиды) и социальными (нищие) возможностями. Такие люди не разделяют детей и взрослых по социальному статусу, как правило, принимают сверстников из другого социального уровня. Для дружбы это не имеет никакого значения.

Наличие проблем в одном или нескольких нормативных личностных статусах при удовлетворительной общей социальной адаптации свидетельствует о диффузии эго-идентификации – неполноценной самоидентификации. Ниже перечислены те нормативные личностные статусы и возможные проблемы, которые могут быть индикаторами «рисков» эго-диффузии – неполноценной самоидентификации для данной возрастной группы. Необходимо понимать, что необязательно должны присутствовать все нижеперечисленные индикаторы. Могут присутствовать один или несколько индикаторов.

Личностный статус «Я – телесное»

Возможными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я – телесное» для детей данного возраста, могут являться следующие формы поведения:

- неадекватная (чаще заниженная) самооценка своего тела и своей внешности;
- такие дети могут считать, что они недостаточно красивы или недостаточно симпатичны, им в целом может не нравиться их тело и их внешность;
- для них может быть ещё не столь важен вопрос гигиены и эстетики. Они иногда могут позволить себе быть неопрятными.

Личностный статус «Я – ребёнок»

Если такие дети сталкиваются с настойчивым мнением родителя или влиятельного взрослого, которое противоречит их собственному мнению, они будут принимать это мнение. Возможными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я – ребёнок» для этого возрастного периода может являться повышенная привязанность к родителю, повышенная зависимость от мнения родителя, либо потребность дистанцироваться от общения с родителями и протестно-агрессивные формы выражения своего несогласия.

Личностный статус «Я – гендерное»

Возможными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я – гендерное» для данной возрастной группы может являться нарушение в восприятии сверстников противоположного пола при адекватном восприятии себя в гендерном аспекте.

Личностный статус «Я – партнёр»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я – партнёр» является адекватная мотивация иметь семью. Период идентификации данного ЛС приходится на возраст 14-19 лет.

Личностный статус «Я – родитель»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я – родитель» является осознанное желание родить ребёнка, любить его, заботиться о нем и воспитывать его. Период идентификации данного ЛС приходится на возраст 14-19 лет.

Личностный статус «Я – профессионал»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я – профессионал» является определение в профессии, регулярная трудовая деятельность и ответственное отношение к работе. Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Возможными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я – профессионал» для данной возрастной группы могут являться проблемы с обучением в школе. У них в недостаточной степени может проявляться интерес и ответственность к учебе. Они недостаточно ответственно могут относиться к учебе, выполнению домашних заданий, и они нуждаются в контроле со стороны.

Личностный статус «Я – другой / Я – член группы»

Возможными признаками нарушения идентификации нормативного личностного статуса «Я – другой» в этом возрасте могут являться: наличие комплекса неполноценности в отношении собственной этнической, национальной, религиозной или социальной принадлежности. Такие дети могут переживать по поводу того, что родители не занимают какого-либо положения в обществе. Могут стесняться социального положения или других особенностей своих родителей. Также может проявляться недоверие или признаки предвзятого отношения к отдельным людям и сверстникам, имеющим другие этнические, национальные, религиозные, физические или социальные особенности. Например, ребёнок может дружить с ребенком инвалидом, или ребенком из другого социального уровня, но стесняться этой дружбы в некоторых ситуациях.

Признаки явного нарушения самоидентификации:

Личностный статус «Я – телесное»

Признаками явного нарушения идентификации личностного статуса «Я – телесное» для детей данного возраста, являются следующие формы поведения:

- у таких детей уже сформирована неадекватная (чаще заниженная) самооценка своего тела и своей внешности;
- такие дети считают, что они некрасивые, несимпатичные. Им в целом не нравится и не устраивает их тело и их внешность. Часто они смущаются своей внешности;
- для них вопрос гигиены и эстетики не является важным и значимым. Они регулярно или часто позволяют себе быть неопрятными, неряшливыми;
- также признаком нарушения идентификации телесного нормативного статуса у детей (чаще девочек) данной возрастной группы является гипертрофия сексуального поведения, ранний сексуальный опыт.

Личностный статус «Я – ребёнок»

Явными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я – ребёнок» для этого возрастного периода являются крайняя привязанность к родителю и крайняя зависимость от мнения родителя. Они не могут определиться в том, что они хотят носить, надевать, у них полностью отсутствует собственное мнение на этот счёт. Противоположное поведение – выраженная потребность дистанцироваться от общения с родителями и минимизировать времяпровождение с родителями – также является признаком нарушения идентификации данного личностного статуса. Такие дети чувствуют себя дискомфортно в общении с родителями. У таких детей могут отмечаться активно-протестные, агрессивные формы выражения своего несогласия.

Личностный статус «Я – гендерное»

Явными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я – гендерное» для данной

возрастной группы является неадекватное восприятие себя и/или других сверстников по половым особенностям. Такие дети либо не принимают вовсе, либо испытывают крайние затруднения в общении со сверстниками противоположного пола. Причиной могут быть выраженное смущение, протест, агрессивное отношение, избегание. Полное отрицание или отсутствие интереса и симпатий к объектам противоположного пола также является признаком нарушения идентификации данного личностного статуса.

Личностный статус «Я – профессионал»

Явными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я – профессионал» для данной возрастной группы являются проблемы с обучением в школе. Такие дети, как правило, имеют проблемы со школьной успеваемостью. Они часто ходят в школу не подготовленными, не выполнив домашнего задания. Они нуждаются в постоянном контроле. У них в выраженной степени отсутствует способность к самоорганизации. Они не определились с выбором профессии.

Личностный статус «Я – другой / Я – член группы»

Основным признаком нарушения идентификации личностного статуса «Я – другой / Я – член группы» является неспособность воспринимать себя как представителя какой-либо культуры или социальной группы и других людей, представляющих эту же или другую культуру или социальную референтную группу по принципу «равный – равному». Для таких людей не характерно толерантное и уважительное отношение к людям, отличающимся от них самих по своей культуральной принадлежности (этнической, религиозной, идейной и пр.) и культуральной приверженности. Для них характерна межэтническая, межнациональная, межрелигиозная напряжённость и дискриминация. Они не принимают и не придерживаются принципа: «Плохих культур не бывает, культуры бывают разные». Явными признаками нарушения идентификации нормативного личностного статуса «Я – другой» в этом возрасте являются: наличие стойкого комплекса неполноценности в отношении собственной этнической, национальной, религиозной или социальной принадлежности или неадекватное и/или предвзятое – вплоть до враждебного – восприятие людей с различными этническими, национальными, религиозными физическими или социальными особенностями, отличными от собственных особенностей и принадлежности. Такие дети переживают по поводу того, что родители не занимают какого-либо положения в обществе, стесняются этого, часто скрывают от сверстников или искажают эту информацию. Они даже могут ставить в упрек собственным родителям тот факт, что у его/ её друзей родители занимают какой-либо пост или имеют какой-либо значимый социальный статус. Такие дети также неадекватно, предвзято или враждебно относятся к людям с ограниченными физи-

ческими (инвалиды) и социальными (нищие) возможностями. Они не желают или отказываются дружить с ребёнком-инвалидом, или ребёнком из другого социального уровня.

ЖИЗНЕННЫЙ СЦЕНАРИЙ

Наличие конструктивного жизненного сценария (отсутствие рисков) предполагает тот жизненный план (план всей жизни), который соответствует традиционным позитивным представлениям о себе, других людях и жизни в целом. Такие дети имеют позитивные отношения о себе и других людях, а также о жизни в целом, их жизненная установка «Я – хороший и Ты – хороший». Они уверены в успешной самореализации. Их жизнь полноценна, радостна как в настоящий период, так и в будущих проекциях и перспективах, мечтах. Эти дети уверены в том, что достойны этого.

Такие дети уверены, что родители их любят, а также любят друг друга. Они постоянно наблюдают уважительное и заботливое отношение родителей к ним и друг к другу. Они, также наблюдают тот факт, что их родители ориентированы на здоровый образ жизни и имеют возможность достаточного интересного общения/времяпровождения с ними. Отношения с родителями теплые, позитивные. Общение приносит радость. Они регулярно выезжают на совместный отдых или путешествия вместе с родителями. Если у них есть братья или сестры (сиблинги), то они хорошо ладят с ними и живут дружно. У них отсутствуют сиблинговые проблемы.

Такие дети умеют и любят строить планы на ближайшее будущее и выполнять их. Например, такие дети планируют времяпровождения на выходные дни или каникулы, заранее готовятся к реализации этих планов (например, собираясь в поход, заранее собирают вещи) и, как правило, реализуют их. Также они любят мечтать об их «далёком будущем», о тех временах, когда они станут взрослыми. При этом основная характеристика будущих персональных проекций или фантазий жизнеутверждающая, позитивная. Они знают, что то, что происходит сегодня – это важная часть их будущего. Они искренни с родителями и другими людьми и не боятся признаваться, если что-то сделали не так. Такие дети последовательны в своих действиях и предсказуемы в своих поступках.

При наличии рисков в плане реализации успешного жизненного сценария могут наблюдаться следующие признаки. Для таких детей характерно наличие конструктивного жизненного сценария, что предполагает тот жизненный план (план всей жизни), который соответствует традиционным позитивным представлениям о себе, других людях и жизни в целом. Он может предполагать жизненную установку «Я – хороший и Ты – хороший». Однако полной уверенности у таких лиц в том, что они достойны успешной самореализации и полноценной радостной жизни, как в настоящий период жизни, так и буду-

щих проекциях и перспективах и что именно так и будет – у них нет. Они либо утогавливают себе роль «середняка», либо полагаются на судьбу. Их жизненная позиция: «Звёзд с неба не хватаем, но и в яме мы не валяемся». У таких людей жизненная установка может быть и менее удачной, например, «Я – плохой, а Ты – хороший».

Нельзя сказать, что у таких детей сформирована уверенность в том, что родители их любят, а также любят друг друга. Они не всегда наблюдают уважительное и заботливое отношение родителей к ним и друг к другу. Иногда они являются свидетелями или участниками родительских ссор и конфликтов. Они могут наблюдать родительское поведение, нарушающее принципы здорового образа жизни (употребление табака, алкоголя и т.п.). Они также не всегда имеют возможность достаточного интересного общения/времяпровождения с родителями. В таких семьях не является обязательной нормой регулярные выезды на совместный отдых или путешествия родителей вместе с детьми. Если это и случается, то не так часто. Если у этих детей есть братья или сестры (сиблинги), то они не всегда хорошо ладят с ними и не всегда живут дружно. У них могут быть сиблинговые проблемы.

Такие дети могут и любят строить свои планы, но не всегда следуют им и достигают запланированной цели. Они любят мечтать о «далёком будущем», о тех временах, когда они станут взрослыми.

При попадании в неблагоприятную социальную среду их поведение может принимать асоциальный характер.

Наличие неконструктивного или деструктивного жизненного сценария предполагает тот жизненный план, который не соответствует традиционным позитивным представлениям о себе, других людях и жизни в целом, а напротив – представляется пессимистически или негативно. Он не предполагает жизненную установку «Я – хороший и Ты – хороший», а предполагает жизненные установки неудачника, пессимиста или социопата:

- «Я – плохой, Ты – хороший»;
- «Я – плохой, Ты – плохой»;
- «Я – хороший, а Ты – плохой».

У таких людей отсутствует уверенность в успешной самореализации и полноценной радостной жизни, как в настоящий период жизни, так и будущих проекциях, перспективах мечтах. Они могут воспринимать своё настоящее и видеть своё будущее в негативном или пессимистическом ключе. Такие люди могут быть убеждены в том, что они не достойны хорошей жизни.

Такие дети часто не удовлетворены своим настоящим. Они часто хотят убежать из своего настоящего, быстрее стать взрослым. Это желание стать взрослым продиктовано не наличием позитивных перспектив, а присутствием негативных факторов в настоящем, например, неудовлетворенностью взаимо-

отношениями с родителями и/или сверстниками. У них нет полного взаимопонимания с родителями, и от общения с родителями они довольно часто переживают негативные эмоции. Они не наблюдают уважительного и заботливого отношения родителей к ним и друг к другу. Они не чувствуют родительской любви. Они также не чувствуют, что родители любят друг друга, часто или регулярно являются свидетелями или участниками родительских ссор и конфликтов. Регулярно наблюдают родительское поведение, нарушающее принципы здорового образа жизни (употребление табака, алкоголя и т.п.). Детско-родительские взаимоотношения часто носят изолированный характер: дети – сами по себе, а родители – сами по себе. В таких семьях не является нормой регулярные выезды на совместный отдых или путешествия родителей вместе с детьми. Это случается крайне редко. Если у этих детей есть братья или сестры, то они не всегда хорошо ладят с ними и не всегда живут дружно. У них довольно часто отмечаются сиблиングовые проблемы.

Такие дети испытывают трудности в самостоятельном планировании своего времени и ближайшего будущего. Они не задумываются о том, что они будут делать после уроков, в выходные дни или на каникулах. Для них нехарактерно мечтать о самореализации себя в будущем, о тех временах, когда они станут взрослыми и кем они станут. Если они и думают о будущем, то это, в основном с целью, скорее стать взрослым, чтобы уйти от настоящего. Характеристика будущих персональных проекций или фантазий не является жизнеутверждающей и позитивной, а видится в негативных красках.

Такие дети относятся к учёбе без особого интереса, не понимают, для чего им нужно учиться. В их семье много запретных тем для обсуждения. Такие дети в своих действиях часто бывают непоследовательными, а поступки часто носят асоциальный характер (школьные прогулки, употребление ПАВ, брань, побеги из дома и т.п.). Отмечаются антисоциальное поступки (драки, поджоги, воровство и т.п.).

НАВЫКИ ОТВЕТСТВЕННОГО ВЫБОРА

Основной чертой **полноценного развития** такого личностного свойства, как навыки ответственного выбора, является убеждённость в правильности собственных суждений, мнений, решений, представлений о жизни. Они эмоционально независимы от мнения других людей. Они имеют способность стойко придерживаться своего решения, несмотря на авторитеты, заманчивые дивиденды или давление представленных альтернатив. Они способны придерживаться определённой линии поведения, не поддаваясь на воздействие внешних факторов, своей точки зрения, независимо от того, как к ней относятся окружающие. Они могут изменить своё решение, но только в случае, если это будет тоже их собственное решение, то есть в этом случае имеющиеся альтер-

нативы исходят от них самих, от их собственной логики или опыта, а не навязываются извне. Они, в основном, ориентируются на свои собственные умозаключения и убеждения. Они настойчивы в просьбах и устойчивы при отказе. Они могут сказать «твёрдое нет». Их приверженность к собственным убеждениям и упорство может восприниматься взрослыми как настырность или упрямство. Однако это не упрямство. От упрямства приверженность к собственным убеждениям отличается тем, что оно рационально, а не принципиально.

Лица, имеющие **дефицит развития** данного свойства, могут отстаивать своё решение, или говорить «Нет», если перед ними лица равные по статусу, и с которыми у них уже сложились хорошие взаимоотношения. В ситуациях, когда перед ними оппонент более сильный, влиятельный или авторитетный, возникают сложности в отстаивании собственного мнения или решения. Подобные сложности в отстаивании своего решения могут возникнуть, когда перед ними незнакомый человек. Таким детям в ситуации принятия собственного решения или отказа особенно нужна поддержка, а в ситуациях эмоционального давления – авторитетная поддержка.

Основной чертой **крайнего дефицита** развития такого личностного свойства, как навыки ответственного выбора, является отсутствие стойкой убежденности в правильности собственных суждений, мнений, решений, а также эмоциональная неустойчивость по отношению к авторитетам, заманчивым дивидендам или давлению предлагаемых альтернатив. Основной чертой крайнего дефицита этого свойства в данной возрастной группе является отсутствие собственной точки зрения или неспособность придерживаться своей точки зрения. Решения таких детей подвержены воздействию внешних факторов, в связи с чем, они часто меняют своё решение. Про таких говорят, что у них нет своего собственного мнения. Даже если какое-либо мнение и существует, то под воздействием эмоционального давления оно быстро меняется. Присутствует постоянное ощущение тревоги, дискомфорта в ситуации выбора, и особенно отказа. Они не могут сказать «нет». Они не умеют и не любят спорить.

ЛОКУС КОНТРОЛЯ

Локус контроля – это склонность приписывать результаты деятельности внутренним факторам, то есть собственным особенностям и свойствам: своим усилиям, собственным положительным и/или отрицательным качествам, наличию или отсутствию необходимых знаний, умений и навыков и т.п.

Принятие на себя ответственности за обстоятельства и события в своей жизни является основной чертой сформированности внутреннего локуса контроля. Такой ребёнок понимает связь между внешними текущими событиями и своим поведением, его собственной ответственной причастности к тому, что

происходит с ним в жизни. Если что-то у него не получается, он не нервничает и не раздражается, обвиняя обстоятельства, а скорее более спокойно признаёт этот факт: «Что-то у меня сегодня не получается...». Хотя непосредственно в момент ситуации, ребёнок может приписывать причину неудачи внешним обстоятельствам, но спустя какое-то время по мере угасания эмоциональной реакции, всё-таки принимают ответственность на себя. Особенно интернальность (внутренний локус контроля) проявляется в проективных оценках, не связанных с оценкой текущего или настоящего собственного результата какого-либо события. Например, он адекватно приписывает ответственность за неудачи своих знакомых или друзей, понимая, что они – друзья – ответственны за свои результаты. Он понимает, что жизненный успех, жизненные неудачи, здоровье, ошибки не являются случайностями или событиями, независимыми от самого человека.

Склонность к экстернальной оценке (внешнему локусу контроля) в данном случае может быть продиктована результатом страха наказания и попыткой избежать возможного наказания.

Склонность приписывать результаты деятельности внешним факторам, то есть обстоятельствам или другим людям является основной чертой сформированности внешнего локуса контроля (экстернальности). Такие люди не понимают и не принимают связь между внешними текущими событиями и своим поведением, его собственной ответственной причастности к тому, что происходит с ним в жизни. Часто выдают реакции обиды на результаты, которые их не удовлетворяют. Также обидой реагируют на замечания старших или учителей, расценивая ситуацию, как несправедливую по отношению к ним. Особенно с обидой и агрессивно реагируют на замечания сверстников. Также неврно или агрессивно реагируют в ситуации, если у них что-то не получается.

ДОСТУП К ВНУТРЕННИМ РЕСУРСАМ

Пластиность, креативность, находчивость, способность собраться в критической ситуации, удерживать при необходимости внимание, стеничность в достижении цели и быстрая ситуационная адаптация, когнитивная и эмоциональная эмпатия являются признаками развитой способности быстрого доступа к внутренним ресурсам. Такие дети легко адаптируются в новой ситуации и социальной группе независимо от их темперамента и характера. Они легко принимают культуру новой группы, но это не является конформным поведением, они не подстраиваются под группу в ущерб собственной индивидуальности. Сохраняя свою индивидуальность и свои интересы, они проявляют высокую гибкость в поведении, что позволяет им избегать конфликтов. Адаптируясь в группе они, как правило, становятся лидером, или претендуют на роль лидера. Однако если

роль лидера им не уготовлена, они легко принимают вторые роли, не теряя при этом творческой активности. Для них не характерно застревание на обидах. Обиды переживаются достаточно легко и быстро проходят. Они редко ссорятся, а поссорившись, первыми идут на примирение. Такие дети способны быстро «собираться», концентрироваться в критической ситуации. Для них характерна аллопсихический стиль адаптации – попытка повлиять на ситуацию и устраниить препятствие. В случае если им не удается изменить ход развития ситуации в сторону собственных интересов, то они принимают новые условия и достаточно быстро адаптируются к ним. Они хорошо понимают эмоциональные реакции и чувствуют эмоциональное состояние других детей, могут им сочувствовать. Они умеют заботиться, особенно это проявляется по отношению к животным. При общении с другими детьми эгоцентризм уходит на второй план.

У детей с признаками **дефицитарного доступа** к внутренним ресурсам, все вышеуказанные свойства проявляются только в хорошо знакомых или привычных ситуациях или обстановке. В новых незнакомых или сложных ситуациях, выходящих за рамки уже имеющегося жизненного опыта, у таких детей отмечаются признаки когнитивной, эмоциональной или поведенческой ригидности, признаки повышенной тревожности, скованности. Нуждаются в поддержке и чётком руководстве (как со стороны взрослых, так и со стороны сверстников). При наличии такой поддержки легко адаптируются в новых ситуациях. Как правило, не претендуют на роль лидера, охотно принимая вторые роли. Могут принимать роль лидера только в хорошо знакомой группе или ситуации. Если они претендуют на роль лидера, но ситуация препятствует – они могут реагировать болезненно, «обижаться» на ситуацию. Они достаточно хорошо понимают эмоциональные реакции и чувствуют эмоциональное состояние других детей, могут им сочувствовать, а также принимать их реакции. Они могут проявлять заботу, привязываются к животным.

Признаками **дефицита развития** доступа к внутренним ресурсам являются когнитивно-поведенческая ригидность, застревание на обидах и неудачах, неудовлетворительная ситуационная адаптация и астения целенаправленной деятельности в ситуациях достижения цели. Такие дети не могут быстро и легко войти в группу, плохо адаптируются и «приживаются» в новой группе. В результате того, что они не могут чувствовать особенности уже сложившихся отношений и субкультуры в группе, часто при вхождении в группу у них наблюдаются ссоры и конфликты. Они, как правило, являются инициаторами ссор и конфликтов. Адаптируясь в группе, они ориентируются на собственные интересы и потребности. Эгоцентризм предпочитает роль лидера, и они готовы бороться за роль доминирующего и авторитарного лидера, переживая гнев, который часто пе-

рекходит в гетероагgressionю. Если у них есть сильный соперник, и роль лидера им не уготовлена, они в этом случае не принимают вторые роли и пытаются либо силой завоевать этот статус, либо, в случае, если соперник сильней, изолируются или покидают группу. Эгоцентризм у таких детей при общении с другими детьми выходит на первый план. Они плохо понимают или не понимают вовсе эмоциональные реакции других детей и не принимают эти реакции. Так же они не чувствуют эмоциональное состояние других детей, не могут им сопереживать и сочувствовать. Они не могут проявлять заботу о других людях

или животных. Иногда с их стороны отмечаются случаи жестокого обращения с животными. Проявление гнева является характерной чертой в ситуациях общения, особенно в случаях, когда ущемляются их интересы. Часто застравают на обидах, могут мстить своему обидчику. Им тяжело переключаться в ситуации целенаправленной деятельности.

Процесс формирования названных свойств (конструктивный или деструктивный), а также его темп, в немалой степени, зависят от характера базисных приобретений индивида в предшествующий период развития (таблица 1) [47, 48].

Таблица 1

Теория психосоциального стадиального развития личности Э. Эрикссона

| Возраст | Психосоциальный кризис | Сильные стороны |
|------------------|--|-----------------|
| Рождение – 1 год | Базальное доверие – базальное недоверие | Надежда |
| 1 – 3 года | Автономность – стыд и сомнение | Сила воли |
| 3 – 6 лет | Инициатива – чувство вины и скованность | Цель |
| 6 – 12 лет | Трудолюбие – чувство неполноценности, избегание трудностей | Компетентность |
| 12 – 19 лет | Эго-идентичность – диффузия ролей, ролевое смешение | Верность |
| 20 – 25 лет | Интимность – изоляция, избегание интимных контактов | Любовь |
| 26 – 64 года | Продуктивность – застой | Забота |
| 65 лет – смерть | Эго-интеграция – отчаяние | Мудрость |

При полноценном развитии личности в каждом возрастном периоде мы можем говорить о формировании целостной личности, способной не только адаптироваться к внешнему миру и его требованиям, но и помогать другимправляться с трудностями жизни (рисунок 2).



Рисунок 2. Здоровая личность

Сквозным стержнем профилактических и лечебно-реабилитационных программ является **универсальный алгоритм** формирования психологического здоровья/полноты психологической устойчивости к агрессивным влияниям среды:

- 1) фаза полноценного развития первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающе-

го адекватную поведенческую реакцию на информацию о вреде аддиктивного поведения по отношению к основным жизненным сценариям, а также успешное прохождение следующих этапов цикла;

- 2) фаза реального конфликта основного (идентификационного) жизненного сценария с дивидендами конкурирующих деструктивных сценариев;
- 3) фаза нейтрализации деструктивных сценариев с полной или частичной редукцией мотивации к реализации данных сценариев;
- 4) фаза реализации позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, асертивные способы реагирования) с агрессивной средой [27].

Ниже представлены основные типы формирования полноценной психологической устойчивости:

- **нормативно-эволюционный** (реализуется при условии конструктивного прохождения индивидом жизненных кризисов по Э. Эрикссону) [48];
- **форсировано-эволюционный** (реализуется при условии активного использования адекватных первично-профилактических и превентивных технологий) [21, 39, 42, 43];
- **реабилитационный** (реализуется при активном использовании психотерапевтических, тренинговых и иных развивающих технологий в рамках соответствующих реабилитационных программ).

Часть III.

Особенности детей 14-18 лет

Факторы риска и защиты

Новая развивающая ситуация: завершение начального обучения, необходимость выбора собственного жизненного пути, новый (независимый) тип отношений с окружающими.

Центральная задача развития: полноценное завершение идентификации личностных свойств.

Ведущие факторы развития: групповое общение и деятельность; интенсивное обучение; профессионально-личностное, морально-личностное, интимно-личностное общение.

Основные приобретения возраста: формирование готовности к личностному и жизненному самоопределению.

Основной вид развивающей деятельности (практики): дифференцированный учебный процесс.

Основные агенты развития: неформальные и референтные группы, учителя, сверстники, интимные партнёры, родители, значимые другие лица.

Институализированная развивающая среда – учебная среда, фантомы новой семьи.

Центральные новообразования возраста: умение выстраивать собственную систему координат (кто я, чего я хочу); умение брать ответственность за реализацию конструктивного жизненного сценария; умение развивать собственные ресурсы адаптации (самоорганизация) [10].

Особенности отношения к наркотикам в разных возрастных группах

Возраст 10-12 лет:

Интересует все, что связано с наркотиками – их действие, способы употребления. О последствиях злоупотребления если и слышали, то всерьёз не воспринимают. Знания отрывочны, недостоверны.

Возраст 12-14 лет:

Основной интерес вызывает возможность употребления «лёгких наркотиков» – марихуана за наркотик не признается. О существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые, пробовали наркотик лишь некоторые, знакомы с потребителями многие. О наркотиках знают много – из опыта знакомых или по рассказам. Многие сведения недостоверны. Опасность злоупотребления сильно недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

Возраст 14-16 лет:

В этом возрасте по отношению к наркотикам формируется три группы:

1) «Употребляющие и сочувствующие» – интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении, с возможностью и продолжительностью употребления без наличия зависимости. Употребление считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров.

2) «Радикальные противники» – «сам никогда не буду и не дам гибнуть другу». Многие из членов этой группы считают употребление наркотиков признаком слабости и неполноценности.

3) Группа, не определившая своего отношения к наркотикам. Значительная её часть может начать употреблять под влиянием друзей.

Возраст 16-18 лет:

1) Группы сохраняются, но число не определившихся лиц значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках. Они детализируются и становятся более объективными.

2) В группе «Употребляющие и сочувствующие» пожинают первые плоды, в связи с этим наибольший интерес вызывают криминальные последствия употребления и скорость развития процессов, влияющих на здоровье. Глобальной проблемой наркоманию считают немногие.

3) Среди радикальных противников растёт число людей, осознающих необходимость активных действий, направленных на изменение ситуации [19, 20].

Особенности подростковой и юношеской психологии в консультировании:

- широкий диапазон запросов (в основном сферы взаимоотношений);
- подросток может обратиться за консультацией лично;
- центральное новообразование подросткового возраста – самоопределение;
- необходимость участия в консультировании обоих родителей;
- необходимо соблюдать принцип диалогического общения;
- применение методов разговорной терапии [41].

Основные направления работы:

- формирование нового уровня общения;
- формирование широкого спектра способностей и интересов;
- формирование интереса к другому человеку;
- развитие интереса к себе;
- развитие и укрепление чувства взрослости;
- развитие чувства собственного достоинства;
- развитие форм и навыков личностного общения;
- развитие моральных качеств;
- формирование представлений о происходящих изменениях.

Схема консультирования подростка:

- 1) установление контакта с подростком;
- 2) запрос подростка: описание трудностей и желаемых изменений в себе, конкретных людях, ситуации;
- 3) диагностическая беседа: поиск причин трудностей;
- 4) интерпретация: словесно высказанная гипотеза консультанта о возможных причинах трудностей подростка;
- 5) реориентация: совместная выработка конструктивных способов преодоления трудностей.

Часть IV.

Пример внедрения программ профилактики в городских общеобразовательных школах Казахстана

Коллектив казахстанских учёных (Аманова Ж.Ш., Байкенов Е.Б., Бикетова Л.А., Катков А.Л., Пак Т.В., Юсопов О.Г.) провёл исследование эффективности диагностических и психокоррекционных программ по профилактике вовлечения школьников в деструктивные формы поведения (употребление ПАВ, компьютерная и интернет зависимость, гемблинг и др. формы химических и нехимических аддикций).

Целью данного исследования являлось изучение эффективности экспериментальных диагностических и профилактических программ снижения рисков вовлечения в социальные эпидемии (психологические зависимости) среди учащихся 5-10 классов общеобразовательных городских школ.

Перед исследователями стояли следующие задачи:

- разработать программы диагностики, информационного воздействия, тренингов, консультирования и психокоррекционной работы, направленные на развитие свойств психологического здоровья/устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии;
- провести научную и этическую экспертизу подготовленных программ с последующей коррекцией;
- апробировать подготовленные программы в фокус-группах с последующей коррекцией;
- обучить сотрудников школы (психологов, социальных работников) технологиям диагностики, информационного воздействия, тренингов, консультирования и психокоррекции, направленных на развитие свойств психологического здоровья/устойчивости;
- внедрить экспериментальную модель в четырех pilotных школах г. Костаная;
- подготовить окончательный отчёт по результатам исследования.

Основные параметры, которые оценивались в ходе исследования:

- возраст;
 - пол;
 - национальность;
 - потребление наркотических веществ;
 - потребление алкоголя;
 - вовлечение в игровую, компьютерную и Интернет-зависимости, религиозную зависимость;
 - биологические факторы;
 - психологические факторы (базисные свойства личности и новообразования возраста);
 - академическая успеваемость;
 - особенности семейной системы;
 - уровень социальной адаптации/дезадаптации.
- Дополнительные исследуемые параметры:
- постановка на профилактический учет в наркологическом диспансере;

- постановка на учёт в правоохранительных органах;
- постановка на внутришкольный учёт.

В качестве мер, направленных на минимизацию/исключение субъективности и для повышения статистической значимости, контрольная и экспериментальная группа были отобраны в одних и тех же школах, и сопоставлены по основным показателям: возраст, пол, национальность, успеваемость на начало эксперимента, условия проживания. Исследователи не были вовлечены в реализацию диагностических и психокоррекционных мероприятий, проводимых в школах.

Во время исследования использовались стандартные программы диагностики, информационного воздействия, тренингов, консультирования и психокоррекции, направленных на развитие свойств психологического здоровья/устойчивости, которые предварительно прошли научную экспертизу.

Продолжительность участия испытуемых в исследовании составила один учебный год (9 месяцев), с сентября по май 2012 года. В начале учебного года были завершены все технические и организационные процедуры по разработке программ и обучению ключевых лиц. В октябре 2012 года в отобранных школах была проведена предварительная оценка исследуемых параметров. С ноября введена экспериментальная модель профилактических программ снижения рисков вовлечения в социальные эпидемии (психологические зависимости) среди учащихся общеобразовательных школ. В апреле-мае 2013 года проведена заключительная оценка исследуемых параметров. Исследование проходило полностью на добровольных условиях и за каждым участником оставалось право не принимать участие в исследовании.

С целью апробации и оценки эффективности подготовленных технологий в школах г. Костаная были сформированы исследовательские группы.

В качестве диагностических инструментов исследования использовались оценочные формы для учащихся, родителей и классных руководителей:

1. Компьютерная программа диагностики уровня психологического здоровья, разработанная коллективом павлодарских учёных [15].
2. Скрининг-опросник на определение уровня компьютерной зависимости (способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот).
3. Скрининг-опросник на определение уровня религиозной зависимости (опросник, составленный на основе тестирования на наличие нехимических аддикций Гриффита).
4. Скрининг-опросник на определение уровня игровой зависимости (тест Такера на выявление игровой аддикции).
5. Анкета для классных руководителей, выявляющая степень адаптации ребёнка к школе (включая школьную успеваемость, девиантное – деликатное поведение).

Данные оценочная форма предполагали самостоятельное заполнение респондентами.

В качестве психокоррекционного инструмента использовалась психокоррекционная программа, направленная на развитие свойств психологического здоровья/устойчивости для учащихся в возрасте 9-11 лет.

В исследовании приняли участие ученики 4-10 классов. Предварительно было получено согласие родителей/законных представителей на включение ребёнка в исследование.

Критериями исключения были:

- острое соматическое и/или неврологическое расстройство;
- отказ законных представителей от участия ребёнка в исследовании.

В исследовании приняли участие 545 учащихся. Из них лиц мужского пола 255 чел. (46,78%), 290 чел. (53,21%) – лица женского пола. Общие сведения об учащихся представлены в таблице 2.

На первом этапе среди учащихся выбранных школ была проведена диагностика уровня психоло-

гического здоровья. Результаты показали высокий риск, как в области биологических факторов, так и в области психологических и социальных. Данные, представленные на рисунке 3, показывают, что каждый четвёртый учащийся общеобразовательной школы имеет высокий риск в области навыков ответственного выбора, гиперактивности, уверенности, семейного воспитания и поведенческих реакций.

У каждого пятого учащегося имеется высокий риск в области адаптивных способностей и нарушений развития. Каждый шестой обследованный имеет высокий риск в области базального доверия.

Далее была проведена скрининговая диагностика рисков развития нехимических аддикций (игровая, компьютерная, религиозная). Так, 14 человек (2,57%) из 545 учащихся имели риск развития компьютерной зависимости, 4 человека (0,74%) риск развития игромании. На внутришкольном учёте состояло 23 ученика (4,22%) внешкольным учётом было охвачено 6 человек (1,1%). Классными руководителями в анкетах было отмечено, что 28 человек курят (5,14%).

Таблица 2

Общая характеристика выборки

| Лица женского пола | | | Лица мужского пола | | | |
|--------------------|----------|---------|--------------------|---------|---------|----------|
| 290 чел. (53,21%) | | | 255 чел. (46,78%) | | | |
| 4 класс | 5 класс | 6 класс | 7 класс | 8 класс | 9 класс | 10 класс |
| 25 чел. | 167 чел. | 50 чел. | 91 чел. | 50 чел. | 74 чел. | 88 чел. |

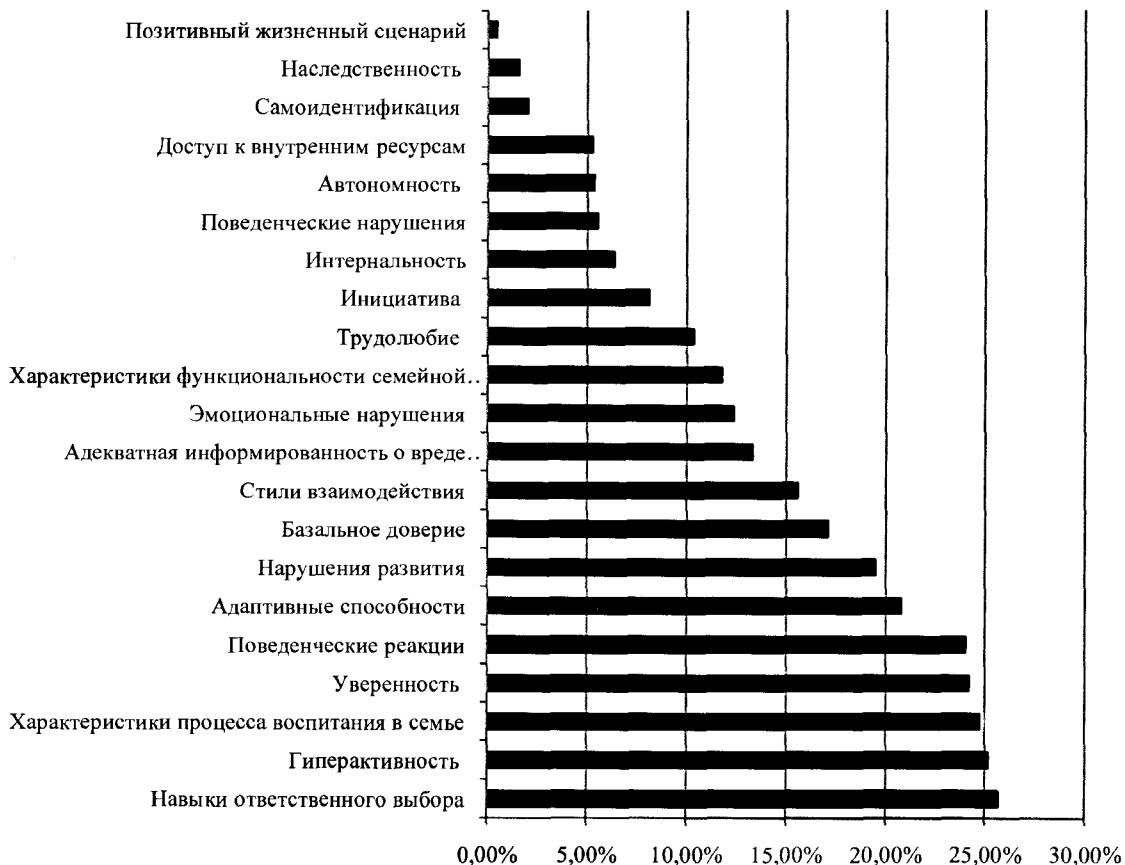


Рисунок 3. Результаты первичной диагностики свойств психологического здоровья

Таблица 3

*Количество человек в контрольных (КГ) и экспериментальных (ЭГ) группах
в трёх возрастных категориях*

| Возраст | СШ № 2 | | СШ № 3 | | СШ № 8 | | СШ № 23 | | ИТОГО | |
|-----------|--------|----|--------|----|--------|----|---------|----|-------|----|
| | КГ | ЭГ | КГ | ЭГ | КГ | ЭГ | КГ | ЭГ | КГ | ЭГ |
| 7-11 лет | 25 | 27 | 20 | 18 | 25 | 28 | 25 | 24 | 95 | 97 |
| 12-13 лет | 25 | 24 | 22 | 20 | 25 | 25 | 25 | 25 | 97 | 94 |
| 14-18 лет | 18 | 20 | 20 | 16 | 18 | 20 | 25 | 25 | 81 | 81 |

Исходя из результатов проведенной диагностики для включения в профилактическую коррекционную работу, были выбраны классы, в которых по результатам анкетирования выявлено большее количество учащихся с рисками развития в области биологических, психологических и социальных факторов. Так же в эти группы вошли учащиеся с рисками развития нехимических аддикций (игровая и компьютерная), и большая часть курящих учеников (17 из 28). Итого, как видно из данных таблицы 3, в контрольную группу вошли 273 учащихся, в экспериментальную – 272 ученика.

Далее с учащимися экспериментальных групп была проведена профилактическая психокоррекционная работа. Программы были разработаны научными сотрудниками РНПЦ МСПН для каждой возрастной группы (9-11, 12-13, 14-18 лет) с учётом возрастных особенностей каждой группы. Программа включала в себя еженедельные встречи (1 раз в неделю) в течение учебного года, с октября по май. Занятия были нацелены на формирование свойств психологического здоровья и снижение факторов риска вовлечения в аддиктивные формы поведения (химические и нехимические зависимости).

В мае 2013 года было проведено итоговое тестирование учащихся контрольных и экспериментальных групп. Рассмотрим результаты, полученные в возрастной группе 14-18 лет.

В экспериментальной группе выявлена положительная динамика в психологической и социальной

сферах по некоторым параметрам (уверенность, интернальность, информированность о вреде конкурирующих жизненных сценариев, функциональность семьи). Группа низкого риска пополнилась на 18,5% – сюда вошли дети из группы среднего риска (12,3%) и высокого риска (6,1%). В области интернальности (внутреннего локуса контроля) увеличилось количество детей в группе низкого риска на 18,5% за счёт уменьшения группы среднего риска. На 35,4% увеличилась группа низкого риска в области адекватной информированности о вреде конкурирующих жизненных сценариев. При этом уменьшилась группа среднего риска на 18,5% и высокого риска на 16,9%. До 0% снизилось количество человек в группе высокого риска в области характеристики функциональности семьи. Эти учащиеся ушли в группу среднего риска и низкого риска.

В контрольной группе подобных положительных изменений не произошло. Однако отмечена отрицательная динамика в области трудолюбия и интернальности (таблица 4).

Анализ скрининговых опросников на предмет рисков формирования нехимических аддикций показан на рисунке 4.

Отмечены следующие результаты: на внучешкольном учёте состояло 23 человека. По окончанию эксперимента их осталось 9. 14 сняты с учёта. На внучешкольном контроле состояло 6 учащихся, снято 3.

Таблица 4

Диагностика уровней психологического здоровья в группах 14-18 лет

| Уровень риска | Экспериментальная группа | | P | Контрольная группа | | P |
|--|--------------------------|----------------------|-------|-----------------------|----------------------|-------|
| | Первичная диагностика | Итоговая диагностика | | Первичная диагностика | Итоговая диагностика | |
| Уверенность | | | | | | |
| Низкий риск | 29,6±10,5 | 43,1±12 | <0,05 | 8,2 (2,8<18,5) | 14,8±8,9 | - |
| Средний риск | 63,1±11,7 | 50,8±12,2 | - | 59±12,3 | 65,6±11,9 | - |
| Высокий риск | 12,3±8 | 6,2 (2,2<15,1) | - | 32,8±11,3 | 19,7±10 | - |
| Интернальность | | | | | | |
| Низкий риск | 47,7±12,1 | 66,2±11,5 | - | 59±12,3 | 39,3±12,3 | <0,05 |
| Средний риск | 49,2±12,2 | 27,7±10,9 | <0,05 | 37,7±12,2 | 57,4±12,4 | <0,05 |
| Высокий риск | 3,1<10,6 | 6,2 (2,2<15,1) | - | 3,3 (1,1<11,2) | 3,3 (1,1<11,2) | - |
| Адекватная информированность о вреде конкурирующих жизненных сценариев | | | | | | |
| Низкий риск | 36,9±11,7 | 72,3±10,9 | <0,01 | 77±10,6 | 78,7±10,3 | - |
| Средний риск | 26,2±10,7 | 7,7 (2,8<17,4) | <0,05 | 21,3±10,3 | 19,7±10 | - |
| Высокий риск | 36,9±11,7 | 20±9,7 | - | 1,6 (0,6<8,8) | 1,6 (0,6<8,8) | - |

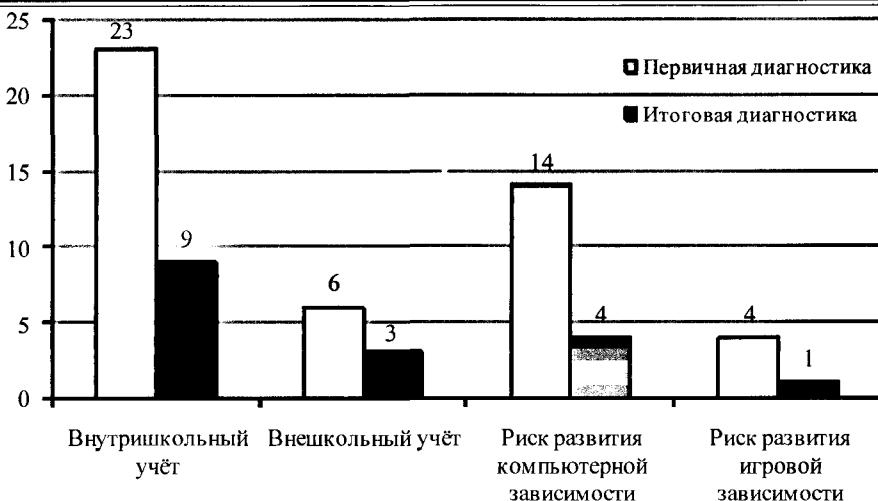


Рисунок 4. Девиантные формы поведения у детей экспериментальных групп (количество человек)

Риск развития компьютерной зависимости диагностирован у 14 школьников на начало эксперимента. К концу эксперимента риск развития данного вида аддикции диагностирован у 4 учеников из экспериментальных групп.

Риск развития игромании выявлен у 4 учащихся из экспериментальных групп. К концу эксперимента таких учащихся не выявлено.

Все учащиеся с проблемным поведением были включены в эксперимент. В контрольной группе таких школьников не состояло.

Анализ анкет родителей учащихся и классных руководителей в возрастной группе 14-18 лет указывает на такую форму дезадаптации, как нарушение дисциплины.

Ученики контрольных групп 14-18 лет чаще нарушают дисциплину (17,85%), чем учащиеся экспериментальных классов (5,35). У детей в данной возрастной категории чаще отмечались приводы в милицию в течение года и последних трёх месяцев у учащихся из контрольных групп (3,57%). Эта цифра равна нулю в экспериментальных группах (0%). Учащиеся из контрольных групп чаще прогуливают занятия (12,5%), чем учащиеся из экспериментальных классов (0%).

Курение отмечается классными руководителями у 11 учащихся из контрольной группы и 17 в экспериментальной группе (таблица 5). Изменений в ходе проведенного эксперимента не произошло.

Таблица 5

Употребление ПАВ в исследуемой группе (количество человек)

| Употребление ПАВ | Контрольная | Экспериментальная |
|------------------|-------------|-------------------|
| Курение | 11 (2,02%) | 17 (3,12%) |
| Алкоголь | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Наркотики | 0 (0%) | 0 (0%) |

В результате проведённой работы мы наблюдаем следующие положительные изменения в психологической и социальной сфере школьников:

I. Психологическая сфера

1. Повышение уровня уверенного поведения у детей из экспериментальных групп в возрасте 14-18. У них чаще отмечается адекватная самооценка, вера и убеждённость в том, что они поступают правильно. Они в любой ситуации способны управлять своим состоянием, восприятием, внутренним согласием, а также убеждённостью в том, что эта способность присутствует в необходимом объёме.

2. Повышение уровня интернальности у детей из экспериментальных групп в возрасте 14-18 лет. Эта группа детей отдаёт себе отчёт о результатах своей деятельности, приписывая их к собственным особенностям и свойствам: своим усилиям, собственным положительным и/или отрицательным качествам, наличию или отсутствию необходимых знаний, умений и навыков и т.п. они способны к принятию на себя ответственности за обстоятельства и события в своей жизни.

3. Повышение уровня адекватной информированности о вреде конкурирующих жизненных сценариев – как прямых и непосредственных, так и отдалённых и косвенных последствий – вредных и опасных для физической и социальной жизни.

II. Социальная сфера

1. Повышение уровня функциональных семейных отношений (парнёрских, детско-родительских, сиблигновых) и функциональных стилей воспитания у детей в возрасте 14-18 лет.

III. Аддиктивные формы поведения

- Снижение рисков развития игровой и компьютерной зависимости.
- Снижение риска формирования деликвентных форм поведения.

Часть V. Организация профилактической работы с учащимися

При организации психокоррекционной работы с учащимися, имеющими риски вовлечения в социальные эпидемии, психологи руководствуются всеми общими принципами психолого-педагогической коррекции, которые предложены в отечественной и зарубежной практике [39, 42].

Психологом осуществляется выбор форм и методов работы:

- индивидуальная [12, 18];
- групповая [9, 14, 30, 31, 32];
- работа с родителями [13, 34, 35];
- работа с педагогами [33, 38].

Занятия могут проводиться один раз в неделю или чаще, всё зависит от целей и задач, стоящих перед специалистом, его возможностей, а также от остроты проблемы. Продолжительность психокоррекционного процесса так же зависит от его целей, он может продолжаться от нескольких недель до нескольких лет. Возможно проведение периодических циклов. Их продолжительность, в зависимости от возрастных и индивидуальных особенностей школьников, может варьироваться от 30 до 90 минут.

Организация профилактической работы в школе должна включать в себя несколько этапов:

На *первом этапе* проводится оценка ситуации в школе (с помощью методов наблюдения, беседы, скринингов).

Второй этап предполагает тестирование учащихся с помощью диагностической системы по определению уровней психологического здоровья и при необходимости дополнительное тестирование с помощью других методик.

Перед проведением тестирования необходимо помнить о получении информированного согласия от школьников, их родителей или иных законных представителей. Данный этап очень важен для всей последующей работы, и в первую очередь здесь следует обращать внимание:

- 1) на полную безопасность;
- 2) на полную конфиденциальность;
- 3) на абсолютную пользу от проведения специального психологического тестирования для каждого ученика.

При информировании такого рода полезно сосредоточиться на позитивных дивидендах и результатах определения уровней психологического здоровья, которое позволит существенно повысить шансы на успех и безопасность учащегося в реальной жизни. В случае соответствующих вопросов необходимо дать пояснение, что настоящая диагностическая программа не имеет ничего общего с тестированием биологических жидкостей на употребление наркотиков или других психоактивных веществ. При этом следует подчеркнуть, что речь вообще не

идёт об установлении каких-либо диагнозов или болезней – определяются лишь уровни психологического здоровья. Особый акцент необходимо сделать на том, крайне важном обстоятельстве, что речь вообще не идёт о каких-либо оценках «хорошо» или «плохо». Таких задач не ставится в принципе. Отвечать следует искренне и только в этом случае можно получить ценную информацию о том, что нужно сделать для будущего успеха в жизни. «Кто предупреждён – тот вооружён», – этой цитатой, а также утверждением, что для человека интереснее всего он сам, и можно заканчивать информационно-мотивационный этап специального занятия.

В случае специальных запросов учащихся в отношении того, какой, конкретно, вред может возникнуть от употребления психоактивных веществ, или злоупотребления временем, проведённым за компьютером или в залах игровых автоматов, букмекерских контор, он-лайн казино, можно (со ссылкой на самые авторитетные источники) использовать сведения.

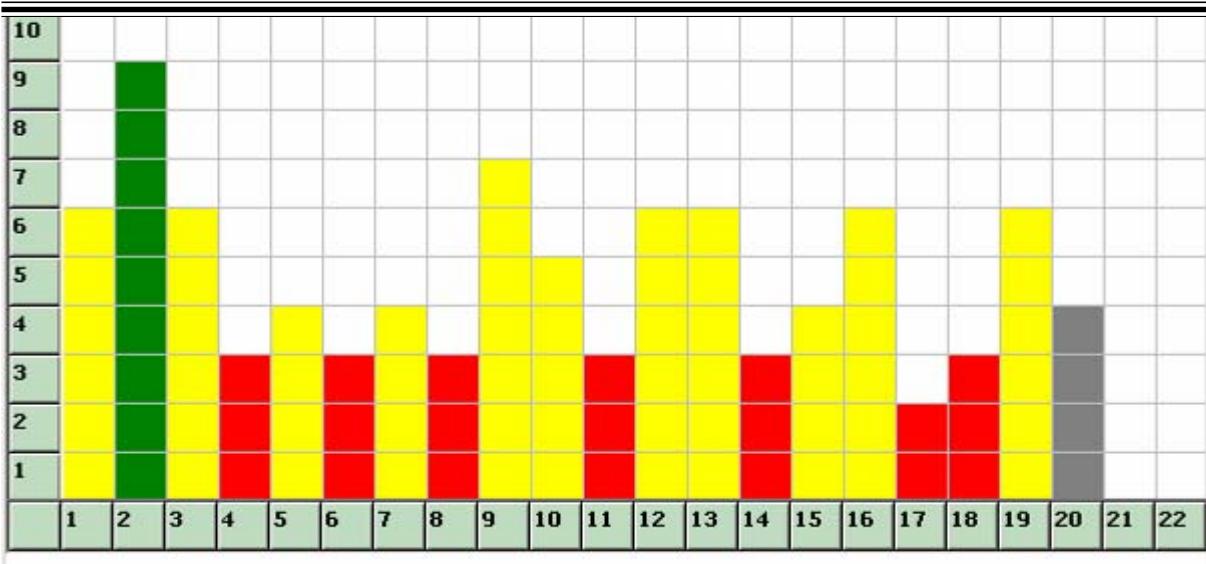
На завершающем этапе следует подчеркнуть позитивное значение специальных тренинговых программ, направленных на формирование высоких уровней психологического здоровья детей и младёжи. Максимально деликатно следует упомянуть о возможности индивидуальных занятий и занятий с родителями (только в случае инициативы с их стороны). Также следует проинформировать участников тестирования о необходимости мониторинга результатов общей программы, направленной на повышение уровней психологического здоровья учащихся (повторное тестирование, анкетирование по результатам программы).

Коллективом казахстанских учёных (Аманова Ж.Ш. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсопов О.Г.) при поддержке Института управления кризисом (г. Павлодар), разработали оригинальный способ (опросник) определения уровня психологического здоровья/устойчивости. Опросник позволяет определять:

- степень риска вовлечения в орбиту зависимости (химической и нехимической) на основе сопоставления факторов биологического, психологического и социального рисков среди различных возрастных групп.
- мишени профилактической и коррекционной работы с группами риска.

Ниже, на рисунке 5, приведён пример заключения итоговой диагностики уровня психологического здоровья/устойчивости к вовлечению в зависимое поведение учащегося средней общеобразовательной школы. Рассмотрим результаты диагностики по трем направлениям:

1. Биологический риск:
 - а) гиперактивность;
 - б) поведенческие нарушения;
 - в) эмоциональные нарушения;



- 1 – Гиперактивность
 2 – Поведенческие нарушения
 3 – Эмоциональные нарушения
 4 – Наследственность и нарушения в первые годы жизни
 5 – Базальное доверие
 6 – Автономность
 7 – Уверенность
 8 – Инициатива
 9 – Трудолюбие
 10 – Ответственность
 11 – Самоидентификация
 12 – Жизненный сценарий
 13 – Навыки ответственного выбора
 14 – Внутренний локус контроля
 15 – Доступ к внутренним ресурсам
 16 – Информированность
 17 – Адаптивные способности
 18 – Стили взаимодействия
 19 – Характеристики функциональности семьи
 20 – Шкала установки на социально-желательные ответы

Рисунок 5. Пример заключения итоговой диагностики уровня психологического здоровья

- г) наследственность и нарушения развития в первые годы жизни.
2. Психологический риск:
- базисные свойства личности:
 - базальное доверие;
 - автономность;
 - уверенность;
 - инициатива;
 - трудолюбие;
 - ответственность.
 - новообразования возраста:
 - самоидентификация;
 - позитивный жизненный сценарий;
 - навыки ответственного выбора;
 - внутренний локус контроля;
 - доступ к внутренним ресурсам;
 - информированность о вреде ПАВ.
 - Социальный риск:
 - адаптивные способности;
 - стили взаимодействия;
 - характеристики функциональности семьи.

Результаты диагностики показывают наличие ярко выраженного риска в области биологических факторов по шкале наследственности и нарушений развития в первые годы жизни. В области базисных свойств личности ярко выраженный риск по шкалам автономности и инициативы. В области новообразований возраста ярко выраженный риск в области самоидентификации, внутреннего локуса контро-

ля. В области социальной сферы ярко выраженный риск по шкале адаптивных способностей и стилей взаимодействия. По всем остальным шкалам риск средний. Исключение составляет шкала поведенческих нарушений, где риск не обнаружен. Таким образом, мы получили мишени точечного воздействия для данного конкретного ученика.

На **третьем этапе**, на основании проведённого тестирования учеников, следует создать профили классов или отдельно взятых параллелей. На основе выделенных дефицитов сформировать группы для проведения психокоррекционной работы. В группе предполагается 12-15 участников.

Четвёртый этап необходимо посвятить составлению психокоррекционной программы для каждой из выделенных групп.

До начала реализации следующего этапа необходимо так же решить организационные вопросы:

- 1) выбрать помещение для проведения занятий.
 Желательно проводить занятия в специально оборудованном, достаточно просторном помещении, удалённом от учебных классов. В нём не должно быть посторонних предметов: картин, излишнего количества игрушек, отвлекающих учащихся от содержания занятий;
- 2) определение времени – оно должно быть постоянным (например, каждый четверг, в 13.00);
- 3) получить согласие участников, их родителей или законных представителей (для ро-

-
- дителей или лиц их заменяющих подготовить письма – информационное согласие);
- 4) подготовить волонтеров из числа старшеклассников (данная работа необходима для проведения тренингов по принципу «равный – равному»).

Пятый этап – собственно проведение психокоррекционной программы. Мы предлагаем два варианта работы:

1 вариант – встречи один раз в неделю, участники повторяют одни и те же упражнения;

2 вариант – встречи один раз в неделю, участники проходят разные упражнения.

Работа предполагает несколько стадий.

На ориентировочной стадии участники знакомятся с правилами поведения в тренинговой группе. Большое внимание уделяется установлению эмоционально-позитивного контакта с учащимися и формирования у них положительного отношения к занятиям. Этому способствуют неформальная, игровая обстановка, эмоциональность психолога (приём «эмоционального заражения»), соревновательные моменты, своевременное использование яркой наглядности, поощрение (в виде «медалей», «значков»), отсутствие негативных оценок.

На следующей (диагностической) стадии проводится углубленная диагностика проблем во взаимоотношениях учащихся за счёт использования ситуаций, актуализирующих проблемы в общении. При этом возможно некоторое возрастание негативных реакций со стороны участников группы, поэтому необходимо включать в содержание занятий упражнения, направленные на отреагирование отрицательных эмоций.

На третьей (основной) стадии решаются главные коррекционные задачи программы, соответственно выделенным мишеням.

На завершающей стадии психокоррекционной программы, после соответствующих упражнений, можно проводить обсуждение более отвлеченных ситуаций, значимых для учащихся.

Для развития рефлексии используются также упражнения «Незаконченное предложение» (устный вариант), «Оцени себя сам» (с использованием наглядной «лесенки»), «Прежде чем ответить, посмотрите на себя». Такие обсуждения должны быть непрерывными и эмоциональными.

Структура занятия:

Как правило, каждое занятие предполагает выделение следующих основных этапов работы:

- ритуал приветствия;
- разминка;
- рефлексия прошлого и настоящего занятия;
- основное содержание занятия;
- ритуал прощания.

Ритуалы приветствия – прощания помогают сплотить учащихся, создать атмосферу группового дове-

рия и принятия. Они предлагаются уже на первом занятии, и задача психолога – неукоснительно выполнять ритуалы каждую встречу, наблюдая за тем, чтобы в них были включены все участники.

Разминки являются средством воздействия на эмоциональное состояние учащихся, уровень их активности, помогают настроиться на продуктивную групповую деятельность. Разминки могут проводиться в начале занятия, а также между отдельными упражнениями, если имеется необходимость изменить актуальное состояние учащихся. Соответственно, разминочные упражнения необходимо выбирать с учётом актуального состояния группы и задач предстоящей деятельности. Определённые разминочные упражнения позволяют активизировать участников, поднять их настроение, другие, напротив, направлены на снятие чрезмерного эмоционального возбуждения.

Основная часть занятия содержит техники, направленные на решение задач данного занятия. Последовательность упражнений должна предполагать чередование видов деятельности: от подвижного – к спокойному, от беседы – к игре. Упражнения должны также располагаться в порядке от простого – к сложному и вновь к простому. Общее количество упражнений не должно быть большим (2-4), однако следует добиваться участия каждого члена группы.

Рефлексия занятия представляют собой его оценку в двух аспектах: смысловом (что я думаю и в чём важность того, что мы делали) и эмоционально-чувственном (понравилось – не понравилось, было хорошо – было плохо и почему). Рефлексия в начале занятия (прошлого занятия) предполагает, что учащиеся вспоминают, чем они занимались в прошлый раз, что особенно запомнилось, зачем они это делали. Психолог предлагает вспомнить, с кем они обсуждали эти упражнения после встречи, объясняет, как это могло помочь им в учебе или общении вне занятия. Рефлексия в конце занятия подразумевает, что учащиеся сами или с помощью ведущего группы отвечают на вопросы, зачем это нужно, как это может помочь в жизни, дают эмоциональную обратную связь друг другу.

Структура занятия, в целом стабильная, не является абсолютно неизменной во всех случаях. В неё могут быть внесены определённые изменения, учитывающие этап коррекционно-развивающей работы, индивидуальные особенности группы, актуальное состояние её участников.

Шестой этап – оценка проведённых мероприятий:

- проводится повторное тестирование с помощью диагностической системы определения уровней психологического здоровья;
- сравниваются предварительные и заключительные данные тестирования.

Заключение

Разработка данных методических рекомендаций была продиктована необходимостью создания программ профилактики социальных эпидемий (химических и нехимических зависимостей) среди школьников в возрасте 14–18 лет.

На первом этапе создания данных программ была проведена оценка распространённости рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости среди детей и молодёжи в Республике Казахстан.

Так, 34,7% респондентов (учащаяся молодёжь в возрасте 16–22 лет) указали, что имели опыт употребления табака. Более половины респондентов, кто когда-либо употреблял табак, впервые попробовали табачные изделия, не достигнув возраста 16 лет.

На потребление алкоголя в течение жизни указали 52,3% опрошенных лиц. Инициация потребления более крепких спиртных напитков происходит в возрасте 16 лет и старше. В отношении менее крепких спиртных напитков (пиво, вино, шампанское) около половины учащихся отметили, что начали их употребление, не достигнув возраста 16 лет. В результате употребления алкоголя учащиеся сталкивались с такими проблемами, как драка (8,7% из общего числа опрошенных лиц), травмы или несчастные случаи (5,4%), серьёзные проблемы с родителями (7,4%) и друзьями (6,5%), проблемы с полицией (4,7%), подвергались нападению или краже (3,4%).

На потребление каких-либо наркотических веществ указали 16,3% опрошенных лиц. Около 60% учащихся начали употреблять наркотические препараты в возрасте 16 лет и старше. Исключение составляют ингалянты, употребление которых среди 48% исследуемых лиц, когда-либо употреблявших наркотики, было инициировано в возрасте 13 лет. Среди самых распространённых наркотических веществ среди учащихся по-прежнему остаются каннабис (11,2%) и ингалянты (5,4%).

Высокую степень религиозной аддикции имеют 2,6% учащихся. Наличие компьютерной зависимости выявлено у 1% респондентов. Высокая вероятность патологического гемблинга определена у 5,3% опрошенных лиц.

Кроме того, отмечена взаимосвязь химических и нехимических форм аддиктивного поведения, что соотносится с результатами ранее проведённых исследований. Так, у лиц с рисками развития алкогольной или наркотической аддикции чаще отмечаются риски вовлечения в компьютерную и игровую зависимость. В отношении религиозной аддикции подобной связи выявлено не было.

На втором этапе были определены психологические и социальные факторы риска вовлечения в орбиту зависимости. Среди них важным компонентом, препятствующим вовлечению в орбиту зависимости, был отмечен высокий уровень психологического здоровья. Компонентами психологического здо-

ровья являются: *базисные свойства личности* (базальное доверие, автономность, уверенность, инициатива, ответственность, открытость); *новообразования возраста* (самоидентификация, навыки ответственного выбора, позитивный жизненный сценарий, локус контроля); а также *социальные факторы* (особенности семейной системы и социальная адаптация). Доказано, что высокий уровень развития называемых свойств препятствует вовлечению в орбиту зависимости. Низкий уровень, напротив, способствует формированию зависимого поведения.

Кроме того, нами отмечена взаимосвязь между уровнем психологического здоровья и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции. Так, у лиц, имеющих низкий уровень психологического здоровья, чаще отмечается высокий уровень риска вовлечения в наркотическую, алкогольную, игровую и компьютерную зависимости. В целом, у лиц с низким уровнем психологического здоровья вероятность развития аддикции в 1,8 раза выше, чем у лиц со средним уровнем. У лиц со средним уровнем психологического здоровья вероятность развития химических или нехимических аддикций в 1,5 раза выше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья. У лиц с низким уровнем психологического здоровья вероятность развития химических и нехимических аддикций в 2,6 раза больше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья.

Следующим этапом было создание программ психокоррекционной работы с младшими школьниками, направленных на профилактику развития зависимого поведения путём формирования свойств психологического здоровья (базисных свойств и новообразований возраста) и развитие навыков социального взаимодействия. Данные программы прошли апробацию в школах Казахстана, показали высокую эффективность. Так, в исследуемых группах были получены следующие результаты:

Психологическая сфера

1. Повышение уровня уверенного поведения у детей экспериментальных групп в возрасте 14–18. У них чаще отмечается адекватная самооценка, вера и убежденность в том, что они поступают правильно. Они в любой ситуации способны управлять своим состоянием, восприятием, внутренним согласием, а также убеждённостью в том, что эта способность присутствует в необходимом объёме.

2. Повышение уровня интернальности у детей экспериментальных групп 14–18 лет. Эта группа детей отдает себе отчет о результатах своей деятельности, приписывая их к собственным особенностям и свойствам: своим усилиям, собственным положительным и/или отрицательным качествам, наличию или отсутствию необходимых знаний, умений и навыков и т.п. они способны к принятию на себя ответственности за обстоятельства и события в своей жизни.

3. Повышение уровня адекватной информированности о вреде конкурирующих жизненных сце-

нариев – как прямых и непосредственных, так и отдаленных и косвенных последствий – вредных и опасных для физической и социальной жизни.

Социальная сфера

Повышение уровня функциональных семейных отношений (партнёрских, детско-родительских, сиблинговых) и функциональных стилей воспитания у детей в возрасте 14–18 лет.

Аддиктивные формы поведения

1. Снижение рисков развития игровой и компьютерной зависимости.

2. Снижение риска формирования деликвентных форм поведения.

Среди выявленных нами факторов риска так же были отмечены социальные факторы, важную роль среди которых играет дисфункциональность семейных отношений (родитель – родитель, родитель – ребёнок, ребёнок – ребёнок). Следовательно, следующим шагом на пути создания эффективных программ профилактики должна стать разработка программы работы с семьёй, а также работы с педагогическим коллективом школы.

Список использованной литературы

1. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. *Жестокое обращение с ребенком. Причины, последствия, помощь*. – М., 2006.
2. Автономов Д.А. *О психопатологическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр* // *Независимый психиатрический журнал*. – 2009. – С. 80-87.
3. Акопов А.Ю. *Лечение игровой зависимости. Психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции*. – СПб., 2004.
4. Алтынбеков С.А., Катков А.Л. *Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан*. – Павлодар, 2006. – 302 с.
5. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсопов О.Г. *Выявление групп риска по наркологическому профилю среди подростков в возрасте 14-18 лет: Методические рекомендации*. – Павлодар, 2006. – 54 с.
6. Ананьев Б.Г. *Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека* / Б.Г. Ананьев // *Психология личности*. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. – Т.2. *Хрестоматия*. – С. 7-95.
7. Бердихина М.В. *К вопросу о гемблинговой аддикции у подростков: психолого-педагогические аспекты*: Сб. тр. молодых учёных / Владимир. гос. пед. ун-т. – Владимир, 2007. – № 7. – С. 96-98.
8. Бернс Р. *Развитие Я – концепции и воспитание* / Р. Бернс / Пер. с англ. – М.: Изд-во «Прогресс», 1986. – 424 с.
9. Вачков В. *Основы технологии группового тренинга*. – М.: Издательство «Ось-89», 1999.
10. *Возрастные особенности психического развития детей* / Под ред. Дубровиной И.В., Лисиной М.И. – М., 2009. – 245 с.
11. *Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.*
12. Гаврилова Т.П. *О кризисах в психическом развитии личности ребёнка* // *Психологические особенности формирования личности школьника*. – М., 2003.
13. Ганишина И.С., Ушаков А.И. *Неблагополучная семья и девиантное поведение несовершеннолетних*. – М., 2006.
14. Гусева Н.А. *Тренинг предупреждения вредных привычек у детей*. – Речь, 2008.
15. *Диагностическая система определения уровня психологического здоровья и антинаркотической устойчивости личности* [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://psyprogram.narod.ru/>.
16. Дмитриева Т., Положий Б. *Руководство по социальной психиатрии*. – М., 2009.
17. Егоров А.Ю. *Нехимические аддикции*. – СПб: Речь, 2007. – С. 192.
18. Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. *Справочник по групповой психокоррекции*. – М.: Феникс, 2011.
19. Каражанова А.С. *Особенности формирования зависимостей от психоактивных веществ в детском возрасте. Клинические и социально-психологические аспекты*. // Автореф. канд. дисс. – Алматы, 2004. – 34 с.
20. Каражанова А.С., Денисова Е.В. *Зависимость от психоактивных веществ в детском возрасте: Методическое письмо*. – Павлодар, 2003. – 70 с.
21. Катков А.Л. *Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2002. – Т. 2, № 1. – С. 34-37.
22. Катков А.Л., Россинский Ю.А. *Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан* // Ж. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 4.
23. Катков А.Л., Россинский Ю.А. *Комплексное исследование социального и психического здоровья: Методические рекомендации*. – Павлодар, 2002.

-
-
24. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. *Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года)*. – Павлодар, 2006. – 409 с.
25. Катков А. Л. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии. – Павлодар, 2007. – С. 172-235.
26. Катков А.Л., Аманова Ж.Ш. Вовлечение в деструктивные культуры и секты – социальная эпидемия нового времени (опыт системного исследования) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2011. – № 2.
27. Катков А. Стратегия противодействия социальным эпидемиям: новые подходы // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2011. – Т. XI, № 4. – С. 33-35.
28. Катков А.Л. К методологии комплексного исследования проблемы социальных эпидемий // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 1. – С. 7-15.
29. Катков А.Л. Функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 1. – С. 87-92.
30. Клюева Н.В., Касаткина Ю.В. Учим подростков общению. Характер, коммуникабельность. Популярное пособие для родителей и педагогов. – Ярославль: Академия развития, 2007.
31. Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира подростков. Популярное пособие для родителей и педагогов. – Ярославль: Академия развития, 2006.
32. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными подростками. – М.: Генезис, 2000.
33. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы. Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2004.
34. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Новейший справочник. – М.: Эксмо, 2005.
35. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание подростков с отклонениями в развитии. – М., 2003.
36. Менделевич В. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007.
37. Навыки, необходимые для здоровья. Всемирная Организация Здравоохранения. Информационные серии по школьному здравоохранению (документ 9). – Алматы, 2003.
38. Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. Социально-педагогическая поддержка подростков группы риска. – М., 2002.
39. Профилактика аддиктивного поведения школьников: Учебно-методическое пособие / Под ред. А.К. Колеченко. – СПб.: КАРО, 2006.
40. Рамендицк Д.М. Тренинг личностного роста. Учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2007.
41. Раттер М. Помощь трудным детям. – М.: Прогресс, 1987. – 424 с.
42. Рекомендации по развитию локальных программ по предотвращению наркомании в центральной Азии / Под ред. Б. Буковска, П. Яблонский, Я. Серославский. – Варшава, 2013.
43. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажишина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. – М.: Генезис, 2001.
44. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я: Программа формирования психологического здоровья у младших школьников. – М.: Генезис, 2001.
45. Чечельницкая С.М., Летуновская С.В., Михеева А.А. Формирование социальных установок и жизненных навыков в области здоровья у учащихся образовательных учреждений (программа и методические рекомендации). – М., 2008.
46. Шапарь В.Б. Тренинг ведущих видов деятельности личности. – М.: Феникс, 2007.
47. Эриксон Э.Г. Детство и общество // Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
48. Эриксон Э. Жизненный цикл: этигенез идентичности / Э. Эриксон // Психология личности. Хрестоматия. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – Т. 1. – С. 305-348.
49. Юнг К. О становлении личности / К. Юнг // Психология личности. Хрестоматия. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – Т. 1. – С. 128-155.
50. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – Киев: Сфера, 2002.
51. Яблоков И. Религиоведение: Учебное пособие и учебный словарь-минимум по религиоведению. – 2002.
52. European monitoring centre for drugs and drugs addiction. Annual report 2012: the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012.
53. Fisher S. Identifying video game addiction in children and adolescents. Addict Behave, 1994. – P. 545-543.
54. UNODC. Word Drug Report. – URL: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/.
55. Volberg R.A. Prevalence studies of problem gambling in the United States, 1996.

МЕТОДОЛОГИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СФЕРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (методическое руководство)

А.Л. Катков

г. Санкт-Петербург (Россия)

В методическом руководстве А.Л. Каткова «Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии» обосновывается актуальность разработки специфических подходов по использованию принципов доказательной исследовательской практики в сфере профессиональной психотерапии, раскрываются сами эти принципы, даётся понятное определение доказательной психотерапии.

Подробно описываются типы исследования, которые могут быть реализованы в сфере профессиональной психотерапии, обосновывается их иерархия с позиции доказательной силы получаемых результатов.

Раскрывается общая методология исследовательского процесса, приводятся достаточно подробные характеристики каждого компонента проекта научного исследования, по возможности эти компоненты иллюстрируются соответствующими примерами.

Специальный акцент делается на анализе методологических сложностей, сопутствующих тематическим исследованиям. При этом существенное внимание уделяется способам преодоления этих сложностей и необходимости гибкого подхода к некоторым формализованным требованиям, неадекватным для рассматриваемой сферы.

Приводятся исчерпывающие сведения о методологии комплексного психотехнического анализа, отвечающей требованиям, предъявляемым к универсальной оценочной системе эффективности психотерапевтических технологий.

Методическое руководство предназначено для специалистов, действующих в сфере профессиональной психотерапии, а так же – всех тех, кто интересуется методологией проведения научных исследований в области технологий достижения высоких уровней психологического здоровья.

Актуальность доказательной исследовательской практики в сфере профессиональной психотерапии

Психотерапия в настоящее время переживает, возможно, наиболее драматический этап своего развития, связанный с переходом в статус самостоятельного научно-практического направления. В свою очередь, необходимость такого разворота событий диктует стремительно возрастающим социальным запросом на масштабную и эффективную психотерапевтическую помощь и, соответственно, на доказательное обоснование эффективности используемых психотерапевтических методов.

Можно с уверенностью констатировать, что в настоящее время большая часть психотерапевтических методов используется в Российской Федерации без такого доказательного обоснования их эффективности, что, конечно, понижает социальные рейтинги психотерапии среди населения.

Между тем, специфика использования методологии доказательной исследовательской практики, применительно к сфере профессиональной психотерапии, разработана явно недостаточно (выборочный анализ диссертационных исследований, проводимых в РФ по профилю профессиональной психотерапии за последние 30 лет только лишь подтверждает данный тезис). Отсутствует и первичное руководство, дающее необходимое представление о том, на какие принципы доказательной исследовательской практики можно и нужно опираться при проведении исследований в сфере профессиональной пси-

хотерапии и как должна быть организована такого рода деятельность.

Настоящая публикация в какой-то степени восполняет данный дефицит и знакомит читателей с основными положениями доказательной исследовательской практики, реализуемой в сфере профессиональной психотерапии.

Приведённый в настоящей публикации материал призван облегчить профильную исследовательскую деятельность – с одной стороны, и уберечь исследователей от типичных ошибок, нередко снижающих ценность результатов многолетнего труда, – с другой.

1. Общие подходы доказательной исследовательской практики, типы исследования

1.1. Среди многих определений доказательной исследовательской практики, наиболее понятное и приближающее будущего исследователя к сути используемой научной методологии, на наш взгляд, является следующее определение: *под доказательной исследовательской практикой понимается определённая методология исследовательского процесса, которая обеспечивает максимальную вероятность повторения полученного в конкретном исследовании результата при воспроизведении набора специально оговоренных и фиксируемых в этом же исследовании условий*. Применительно к психотерапевтической науке и практике, это,

например, может означать, что значения определённых параметров, которые характеризуют эффективность экспериментального психотерапевтического метода и которые были получены в ходе реализации корректно организованного исследовательского проекта, будут регулярно воспроизводиться в том случае: 1) если этот психотерапевтический метод используется в отношении адресной клиентской группы (т.е. группы с теми же ключевыми характеристиками, которые использовались при наборе экспериментальной группы); 2) если соответствующая психотерапевтическая практика проводилась согласно разработанному технологическому протоколу (степень такого соответствия может быть определена с использованием методологии психотехнического анализа); 3) если квалификация специалиста-психотерапевта, реализующего данный метод, соответствовала оговоренному стандарту подготовки. При этом по каждому конкретному клиенту параметры эффективности могут и отклоняться от полученных в эксперименте средних значений – это вполне допустимо. Но при приближении общего количества клиентов к объёму экспериментальной группы основные параметры эффективности используемого психотерапевтического метода могут отклоняться от полученных экспериментальных значений лишь в пределах среднестатистической ошибки. Только в этом случае и можно говорить о корректно организованном и грамотно реализованном исследовательском проекте.

В свете всего сказанного, *доказательная практика* – в частности, доказательная психотерапия – является, прежде всего, практикой использования психотерапевтических методов с доказанной эффективностью и в пределах, установленных для данных методов технологических параметров и ограничений.

Доказательная психотерапия – в этом же функциональном ключе – определяется как завершающий институциональный фрагмент доказательной исследовательской практики, реализуемой в сфере профессиональной психотерапии.

Таким образом, доказательная исследовательская практика, реализуемая в сфере профессиональной психотерапии, является *стержневой методологией обеспечения качества профильной психотерапевтической помощи*.

Основными методами доказательной исследовательской практики, используемыми в исследованиях по определению эффективности психотерапевтических технологий, являются *методы прикладной статистики, специфические для исследуемой области*. Грамотная последовательная реализация данных ключевых методов собственно и обеспечивает выполнение основного требования, предъявляемого к исследовательскому процессу – возможность регулярного воспроизведения полученных экспериментальных результатов в психотерапевтической практике.

В связи со всем сказанным, дальнейшее изложение материала в основном и будет посвящено раскрытию специфики прикладной методологии исследовательского процесса применительно к области профессиональной психотерапии.

1.2. Одно из важных предварительных условий, необходимых для реализации научного исследования, заключается в том, что инициативный специалист должен выполнить следующую последовательность действий, необходимых для подготовки успешного старта исследовательского проекта: 1) чётко сформулировать основной проблемный вопрос, из которого, собственно, и выводятся цели и задачи исследования; 2) убедиться в том, что ответ на этот вопрос не очевиден и может быть получен только в результате проведения соответствующих исследований; 3) убедиться в том, что ответ на этот вопрос не содержится в известных базах данных и, соответственно, содержит компонент научной новизны; 4) убедиться в том, что специалист может располагать достаточными ресурсами для адекватного научного поиска ответа на основной проблемный вопрос.

Реализация вышеприведённых действий помогает избежать многих иногда фатальных ошибок, призывающих или вовсе уничтожающих ценность проведённого исследования, уберегает специалиста-исследователя от непродуктивной потери времени и сил.

В сфере профессиональной психотерапии прикладная тематика исследований чаще всего связана с разработкой и апробацией новых психотерапевтических методов и технологий, модификацией традиционных психотерапевтических методов, поисками возможностей эффективного использования известных психотерапевтических методов в различных клиентских группах с такими характеристиками – мишенями, в отношении которых соответствующие исследования не проводились. Кроме того, возможна разработка новых способов и инструментов определения эффективности психотерапевтических технологий с доказательной демонстрацией их дееспособности; а так же – реализация узконаправленных тематических исследований, имеющих прямое или косвенное отношение к профессиональной психотерапии (например, такая тема: «Система факторов, оказывающих влияние на мотивацию к получению профессиональной психотерапевтической помощи среди студентов гуманитарных колледжей»). И здесь, конечно, каждый специалист-исследователь должен спрашивать себя о том, какова ожидаемая практическая ценность исследований, которые он намеревается провести. В плоскости ответа на этот вопрос и располагается граница дробления исследовательской тематики, приемлемой в сфере профессиональной психотерапии.

В любом случае специалист-исследователь должен ясно понимать, какую именно предметную область он рассматривает, и если эта область психотерапевтических технологий, то он должен чётко опре-

делить о чём, собственно, идёт речь – психотерапевтическом методе, методике или их ограниченной психотехнической части (процедуре).

Широкая палитра используемых в профессиональной литературе определений по всем этим и другим номинациям, а так же – отсутствие официально признаваемого тезауруса (сводного корпуса строгих определений основных используемых понятий), безусловно, не облегчают выполнение этой предварительной задачи начинающему специалисту-исследователю. В связи с этим, за неимением лучшего, мы предлагаем к использованию следующую систему сложившихся и хорошо зарекомендовавших себя определений основных психотехнических понятий.

Термин «психотерапевтические технологии» понимается как совокупное обозначение приёмов и методов, используемых в психотерапевтической практике, без их дальнейшей дифференциации.

Термин «психотерапевтическая техника» понимается как профессиональные структурированные действия (поведение) специалиста-психотерапевта с целью развития соответствующих оговоренных и желаемых изменений в состоянии и поведении клиента; данный термин дифференцируется в нижеследующих функциональных определениях:

- термин «психотерапевтические макротехнологии» определяется как совокупность психотехнических стратегий с их основными компонентами (стратегическими установками, универсальными и специальными целями, выводимыми отсюда задачами и мишенями, системами промежуточных и конечных индикаторов эффективности профессиональной психотерапевтической практики и пр.);

- термин «психотерапевтические метатехнологии» определяется как сознательно индуцируемое ресурсное состояние и профессиональное поведение специалиста-психотерапевта, обеспечивающее актуализацию глубинного уровня терапевтической коммуникации и гиперпротекцию используемых структурированных техник профессиональной психотерапии;

- понятие «структурированная психотерапевтическая техника», по данным специальной литературы, может быть представлено следующими наиболее часто встречающимися дефинициями: 1) *техника-метод* – содержание данного термина включает целостный концепт, законченную последовательность структурированных технических действий в их совокупности с теоретическими представлениями, которые и являются обоснованием для конструирования и использования конкретной психотехнической стратегии; 2) *техника-методика* – понимается как обоснованная и достаточно сложная последовательность структурированных психотехнических действий, необходимых для выполнения какой-либо определённой психотерапевтической задачи; 3) *техника-процедура* – элементарная последова-

тельность структурированных психотехнических действий, ведущих к определённому промежуточному результату, планируемому в ходе реализации конкретного фрагмента психотерапевтической сессии; 4) *техника-манипуляция* – конкретный элемент психотехнического действия, направленный на достижение определённого, прогнозируемого эффекта.

Далее, следует иметь в виду, что любые предлагаемые технологические инновации, будь то уровень психотерапевтического метода или техники-процедуры, должны чётко отражаться и подробно прописываться в соответствующем технологическом протоколе – обязательном документальном приложении к используемому психотерапевтическому методу. Под *технологическим протоколом в данном случае понимается чёткое описание логической и временной последовательности структурированных психотехнических действий (поведения) психотерапевта с целью развития определённых изменений у пациентов в процессе психотерапевтической коммуникации*.

Таким образом, основной проблемный вопрос планируемого исследования, переложенный на язык психотехнических понятий и соответствующей исследовательской методологи, к примеру, может выглядеть и так: *имеется ли существенная и достоверная разница по избранным критериям эффективности в пользу экспериментальной психотерапевтической технологии (экспериментальный технологический протокол № 1) перед сравниваемой традиционной или иной психотерапевтической технологией (стандартный технологический протокол № 2)*. И если в экспериментальном технологическом протоколе, в сравнении с традиционным протоколом, действительно присутствует существенная инновационная составляющая, то ответ на этот вопрос может быть получен только на основании проведения соответствующего экспериментального исследования и последующего использования методов математической статистики.

Далее, специалисту-исследователю нужно сделать следующий – третий – шаг в последовательности действий, необходимых для успешного старта исследовательского проекта.

Для того чтобы убедиться в подлинной оригинальности исследовательской идеи (сделать это необходимо именно на предварительном этапе, поскольку в случае обнаружения факта дублирования темы исследовательского проекта на более поздних этапах – по уже опубликованным источникам – это может обернуться существенными потерями во времени, не говоря уже о моральных издержках этого неприятного открытия) – нужно произвести системный поиск с использованием всех возможных информационных ресурсов. Здесь задача, с одной стороны, облегчается тем, что профессиональная психотерапия является сравнительно молодым и только становящимся направлением науки. Следовательно,

тематических публикаций, основанных на доказательной исследовательской практике, не так уж и много. Но, с другой стороны – именно это обстоятельство и затрудняет доступ к источникам специальной информации, ибо в сфере профессиональной психотерапии такой специфической системно-организованной базы данных пока ещё не создано. Следовательно, соответствующую информацию нужно будет искать по разрозненным источникам, заглядывать в оглавления профильных психотерапевтических журналов, искать тематические обзоры и рефераты близких к избранной теме сообщений, использовать систематизированные данные, накопленные в сфере здравоохранения, психологической науки и практики (здесь можно рекомендовать ресурсы Базы данных систематизированных обзоров Cochrane – раздел систематизированных обзоров по психотерапии; Базы данных Американской психологической ассоциации – раздел видов психотерапии, эффективность которых доказана; ресурсы Национальной электронной библиотеки психического здоровья APA и др.).

Соответствующий компьютерный поиск и знакомства с основными источниками лучше с самого начала организовывать и оформлять таким образом, чтобы его результаты легли в основу весьма важного раздела исследовательского проекта, который обозначается как: «Степень изученности проблемы, с указанием базы используемых источников». Весьма вероятно, что по мере знакомства специалиста с информационными источниками первоначально сформулированная тема предполагаемого исследования может быть изменена, если не по существу, то в каких-то аспектах (это касается, в основном, тематики узконаправленных исследований). Этот процесс вполне закономерный и здесь важно только одно – чтобы специалист подошёл к старту с чётко обозначенной тематикой исследования.

1.3. Прежде, чем сделать четвёртый и последний шаг в необходимых стартовых действиях, специалист должен определиться с основным типом исследования, которое он собирается реализовать. Без чего сложно или даже невозможно судить о степени достаточности имеющихся в распоряжении специалиста ресурсов, необходимых для реализации соответствующего исследовательского проекта.

В доказательной исследовательской практике, реализуемой в сфере медицины и психологии, и, соответственно, наиболее близкой к профессиональной психотерапии, в настоящее время можно выделить три группы исследований, различающихся по степени контроля и вероятности трансляции полученных результатов в исследуемую популяцию или объёмную тематическую выборку.

В первой группе представлены следующие типы исследований, для которых характерно отсутствие или низкая степень контроля (то есть таких компонентов оформления исследовательского процесса, которые помогают избежать типичных субъективных ошибок

при отслеживании и интерпретации результатов), отсутствие или низкая вероятность трансляции полученных результатов в исследуемую популяцию или объёмную тематическую выборку:

– *описание случаев* (обычно, это описание от одного до пяти случаев, в которых описываются особенности состояния клиента/пациента, тип воздействия и динамику состояния клиента/пациента в ходе воздействия и в определённый период времени после завершения экспериментального цикла); описание случаев имеет наименьшую ценность в позиции основных принципов доказательной исследовательской практики, поскольку вероятность того, что описанные в этих единичных случаях результаты какого-либо экспериментального, в том числе психотерапевтического воздействия на пациента/клиента, могут быть перенесены на популяцию таких клиентов/пациентов в целом, здесь – минимальная;

– *описание серии случаев* (обычно, это описание серии от десяти случаев и более, в которых так же описываются особенности состояния клиентов/пациентов, тип воздействия и динамику состояния клиента/пациента в ходе воздействия и в определённый период времени после завершения экспериментального цикла); описание серии случаев имеет сравнительно более высокую доказательную ценность в сравнении с описанием единичных случаев, но всё же – явно недостаточную; в первую очередь в силу того, что здесь, как правило, отсутствуют данные в отношении того, была ли эта серия «сплошной» (т. е. все ли клиенты/пациенты, участвующие в эксперименте, представлены в данной серии) или это выборка каких-то более удачных, с точки зрения достигнутых результатов, случаев; но даже, если такая уверенность всё же есть, то этого не достаточно для реализации главного принципа доказательной исследовательской практики – возможности переноса полученных результатов на популяцию клиентов/пациентов с аналогичными характеристиками в целом; тем не менее, следует иметь ввиду, что специфика исследовательской деятельности в сфере профессиональной психотерапии, где возможности использования таких приёмов увеличения доказательной силы аргументов, как рандомизации и «двойного ослепления», – минимальны, описание серии случаев весьма часто оказывается единственным возможным типом исследования; при этом решающее значение имеет количество описанных случаев – чем больше, тем лучше – и «сплошной» характер серии;

– *описание серии случаев с историческим контролем* (обычно, это описание серии от десяти случаев и более, в которых фиксируются особенности состояния клиентов/пациентов, тип воздействия и динамику состояния клиента/пациента в ходе воздействия и в определённый период времени после завершения экспериментального цикла; но здесь так же присутствует и сравнительный анализ полученных результатов с некими опубликованными в про-

шлом данными о динамике состояния клиентов/пациентов, получавших другие виды помощи в сходных по своим основным характеристикам группах); данный тип исследования более предпочтителен в сравнении с описанием серии случаев без такого «исторического» контроля, и, тем не менее, основной изъян такого типа исследований – сложности с переносом результатов на типовую популяцию – здесь остаётся практически без изменений; наша рекомендация специалисту-исследователю здесь заключается в том, что проводить поиск возможностей исторического контроля необходимо, даже и с той целью, что иначе будет трудно оценить уровень предшествующих достижений в исследуемой сфере – исходной точке любого исследовательского процесса;

– описание серии случаев, исследуемых в ситуации «всё – или – ничего» (основное отличие данной серии случаев от двух предшествующих заключается в том, что в исследуемой группе экспериментальное воздействие проводится в ситуации, когда – на основании всех имеющихся к моменту проведения исследования данных есть почти абсолютная вероятность исхода динамики состояния у клиентов/пациентов – «ничего», но за счёт экспериментального воздействия исследователь получает другой, диаметрально-противоположный результат – «всё»); интерес к исследованиям такого, весьма специфического типа, может возникнуть, например, у специалистов-психотерапевтов, работающих с неизлечимо больными клиентами, гипотетический посыл которых может заключаться в том, что определённое информационное воздействие может приводить к драматическим конструктивным изменениям в организме человека и, соответственно, отражаться в понятных и диаметрально противоположных индикаторах жизни – смерти; такого рода исследования – для того, чтобы приближаться к статусу доказательной исследовательской практики – должны содержать достаточное количество наблюдений и подкрепляться отслеженной динамикой многих так называемых «объективных» показателей, что требует специального исследовательского дизайна и ресурсного сопровождения;

– описание серии случаев в общем контексте когортного исследования (обычно это описание серии от десяти случаев и более, в которых фиксируется тип воздействия и долговременная динамика состояния клиентов/пациентов в продолжении, как минимум, 10-15 лет и далее – чем более длительный период охватывается исследовательским процессом, тем лучше; полученные в данной группе результаты сравниваются с имеющимися целевыми среднестатистическим данным или данными исторического контроля – при наличии таковых, либо данными аналогичной лонгитюдной динамики в контрольной группе, где такое воздействие не проводилось; контрольная группа по своим основным характеристикам должна соответствовать исследуемой когорте

клиентов/пациентов); данный тип исследования может и должен вызывать интерес, например, у специалистов-терапевтов, занимающихся проблемой активного долголетия, в том числе – проблемной активного долголетия и повышения качества жизни у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями; доказательная ценность такого исследования увеличивается с возрастанием количества наблюдений, как в экспериментальной группе-когорте, так и в контрольной группе; пороговым критерием здесь будет установлен факт существенного отличия сравниваемых показателей в пользу исследуемой когорты – например, по параметрам продолжительности и качества жизни, – которые могут быть перенесены на общую популяцию с вероятностью, 95% и выше;

– описание серии случаев в общем контексте исследования, проводимого по типу «случай – контроль» (обычно, это описание серии случаев, в которых выявляется весовое значение факторов, оказывающих влияние на возникновение какой-либо патологии или проблемных состояний у клиентов/пациентов в исследуемой серии; для того чтобы оценить подлинное значение данных гипотетических факторов, необходимо сравнить интенсивность их распределения в исследуемой серии клиентов/пациентов и контрольной группе лиц без признаков определённой патологии или проблемного состояния; в случае, если выявленная разница в распределении оказывается существенной и статистически достоверной, то делается вывод о влиянии исследуемого фактора или системы факторов на возникновение соответствующего патологического или проблемного состояния); данный тип исследования может быть использован при проведении тематических исследований, так или иначе касающихся сферы профессиональной психотерапии, – например, при поисках ответа на вопрос о том, какой уровень и каких именно психологических свойств – гипотетических универсальных мишеней профессиональной психотерапии – обеспечивает высокие или наоборот низкие адаптационные кондиции индивида или группы, определяет наличие или отсутствие потребностей в психотерапевтической помощи, и, соответственно, может быть использован в качестве надежного индикатора определения эффективности профильного воздействия; доказательная сила проведённого исследования здесь так же будет возрастать с увеличением количества участников, как в исследуемой серии, так и в контрольной группе;

– «поперечные» или кросс-секционные исследования ограниченной выборки населения (обычно данный тип исследования проводится методом анкетирования ограниченного количества респондентов с тем, чтобы «уловить» определённую тенденцию по распространению исследуемого признака в изучаемой выборке населения в конкретный ограниченный временем проведения исследования пе-

риод; полученные в таких пилотных проектах данные могут быть использованы для формирования или уточнения гипотетического содержания более подготовленных и масштабных эпидемиологических исследований); данный тип исследования может быть использован, например, для предварительного изучения осведомлённости населения о возможностях профессиональной психотерапии, отношения населения к данной сфере в целом, частоты обращения за профессиональной психотерапевтической помощью (например, за последние полгода или год), сравнительной частоты обращения к парапрофессионалам – магам, целителям, колдунам, экстрасенсам – и профессиональным психотерапевтам или консультантам-психологам, и пр.; доказательная ценность такого рода предварительных кросс-секционных исследований возрастает с увеличением объёма выборки и динамикой к достижению порогового показателя 95%-ой вероятности воспроизведения полученного результата в общей популяции.

При всей ограниченной ценности вышеприведённых типов исследования – в смысле соответствия строгим критериям доказательной исследовательской практики – в сфере профессиональной психотерапии именно эти типы исследования являются реальным способом получения информации, которая может быть использована как аргументы в пользу эффективности того или иного психотерапевтического метода. Именно эти аргументы по большей части и учитываются экспертным сообществом при регистрации того или иного психотерапевтического метода и выдаче рекомендаций по его использованию в практике.

Здесь же, следует сказать и о том, что многие эксперты и исследователи, специализирующиеся в сфере психотерапии, отмечают ограниченную «разрешающую» способность стандартных подходов доказательной исследовательской практики, традиционно используемых в клинической медицине, или даже принципиальную невозможность применения, по крайней мере, некоторых из этих подходов для получения значимой информации в интересующей нас сфере. Однако при условии согласованной активности профильных исследовательских центров и всего корпуса специалистов-исследователей существует возможность создания общей базы данных, где фрагментарная информация, полученная при изучении отдельных случаев или серий таких случаев, будет консолидироваться в так называемые «большие данные», имеющие абсолютно новые качественные характеристики и серьезный доказательный потенциал.

Во второй группе представлены исследования, обозначаемые как нерандомизированные контролируемые исследования. Для данной группы, при достаточном уровне контроля, характерно наличие смущающих факторов, которые негативным образом отражаются на возможности корректной трансляции

полученных результатов в исследуемую популяцию или объёмную тематическую выборку, и которые затруднительно или же вообще невозможно устранить за счёт использования процедур рандомизации (т. е. технологии случайного отбора клиентов/ пациентов в исследуемую и контрольную группу) и «двойного ослепления» (технологии, устраняющей плацебо-эффект). В данной группе представлены следующие типы исследований:

- a) контролируемые исследования с использованием принципов исторического контроля;
- б) контролируемые исследования с использованием принципа «всё – или – ничего»;
- в) контролируемое когортное исследование;
- г) контролируемое исследование, проводимое по принципу «случай – контроль»;
- д) «поперечные» или кросс-секционные исследования в полноценной выборке населения.

Основное отличие вышеприведённых типов исследований от типов исследований, приведённых в первой рубрикации, заключается в том, что объёмы исследуемых и контрольных групп здесь соответствуют требованиям математической статистики (т. е., те статистически значимые закономерности здесь могут быть перенесены на исследуемую популяцию с вероятностью от 95% и выше).

Для весьма специфичной сферы профессиональной психотерапии, для которой даже и проведение процедуры частичной рандомизации крайне затруднительно, а осуществление двойного слепого контроля – невозможно в принципе, приведённые во второй группе типы исследования являются основными.

В третьей группе представлены исследования, обозначаемые как рандомизированные контролируемые исследования. Для данной группы при достаточноном уровне контроля характерно использование технологий, которые сводят к минимуму «присутствие» смущающих факторов. В данной группе представлены следующие типы исследования:

- рандомизированные не слепые исследования (обычно это исследования, в которых набор клиентов/ пациентов в экспериментальную и контрольную группу осуществляется с использованием специальных технологий случайного отбора – таблицы случайных чисел и пр. – при том, что данные группы сопоставимы по всем основным значимым параметрам, за исключением только одного фактора: в экспериментальной группе в отношении набранных клиентов/ пациентов осуществляется экспериментальное воздействие, а в сравниваемой контрольной группе – такого воздействия не производится); в сфере профессиональной психотерапии наиболее часто встречается вариант, когда в экспериментальной группе реализуется какая-либо модификация стандартного психотерапевтического метода, а в сравниваемой группе – тот самый стандартный психотерапевтический метод; ещё один часто встречающийся вариант, когда в экспериментальной группе реали-

зуется какой-либо новый психотерапевтический метод, а в группе сравнения клиенты получают терапию по наиболее распространённому и общепринятыму психотерапевтическому методу; однако, и в том, и в другом случае желателен набор группы базового контроля, куда входят лица с сопоставимыми половозрастными и социальными характеристиками, которые вообще не проходили и не нуждались в какой-либо психотерапии – это делается для объективизации динамики универсальных мишеней, представленных соответствующими уровнями психологического здоровья или отдельными компонентами этого общего индикатора; наиболее сложным и спорным моментом реализации данного типа исследования является соблюдение этических требований, согласно которым клиент имеет право на свободный выбор психотерапевтического метода, а процедура рандомизации не предполагает возможности такого свободного выбора; вторая сложность связана с тем, что среди клиентов, обращающихся за психотерапевтической помощью, как правило, находится крайне мало таких лиц, которые выражают желание добровольно участвовать в исследовательском эксперименте, проходить случайный отбор в экспериментальную и контрольную группы, а также – обязательную процедуру информированного согласия на проведение экспериментального исследования;

– *рандомизированные слепые исследования* (при проведении подобных исследования соблюдаются правила случайного выбора клиентов/пациентов в экспериментальную и контрольную группы, приведённые в отношении типа рандомизированных не слепых исследований; в то же время при проведении экспериментального воздействия здесь должны соблюдаться дополнительные условия того, что ни экспериментатор, ни клиент не должны знать используют ли они истинный агент воздействия или же «плацебо» – в этом случае основные смузающие эффекты – хотторнский, пигмалиона, плацебо и пр. – исключаются); данный тип исследования практически не используется в сфере профессиональной психотерапии, поскольку, если ещё можно как-то представить себе ситуацию, в которой клиент не будет точно знать что за воздействие к нему применяется, то ситуацию, в которой и специалист не будет знать, использует ли он экспериментальный психотерапевтический метод или «плацебо», представить крайне трудно; кроме того, убеждённость специалиста-психотерапевта в единственности и эффективности используемого им метода профессиональной психотерапии является одним из основных общетерапевтических факторов, которые – по мнению очень многих квалифицированных экспертов – не могут и не должны исключаться из общей схемы исследования.

В силу вышеприведённых сложностей и ограничений, приведённые в третьей группе типы исследований, в сфере профессиональной психотерапии

встречаются достаточно редко (рандомизированные не слепые исследования), либо не встречаются вовсе (рандомизированные слепые исследования с «полным ослеплением»). В тоже время специалисту-исследователю, в рамках имеющихся у него возможностей необходимо прилагать все усилия для реализации принципа случайного отбора клиентов/пациентов в экспериментальную и сравниваемую контрольную группы – при статистически значимых объемах наблюдений в каждой исследуемой группе – даже и в тех условиях, когда возможна лишь ограниченная рандомизация. Соблюдение именно этих принципов увеличивает доказательную силу аргументов и является решающим критерием для позитивного отзыва о проведённом научном исследовании со стороны экспертного сообщества.

Специалисту-исследователю – в целях определения предпочтительного типа исследований, а также уточнения научной ценности найденных им систематизированных сведений по теме реализуемого проекта – необходимо иметь в виду следующую иерархию доказательной силы вышеприведённых вариантов исследовательской активности:

- 1) рандомизированные исследования (полная рандомизация) с достижением установленного критерия достоверности;
- 2) рандомизированные исследования (частичная рандомизация) с достижением установленных критериев достоверности;
- 3) рандомизированные исследования (частичная рандомизация) с достижением критериев достоверности, близких к пороговым и позволяющих делать вывод о наличии определённых тенденций;
- 4) исследования с нерандомизированными параллельными группами – экспериментальной и сравниваемой, контрольной – с достижением установленных критериев достоверности (контролируемое когортное исследование; контролируемое исследование, проводимое по принципу «случай – контроль»; контролируемое исследование с использование принципа исторического контроля; контролируемое исследование с использованием принципа «всё – или – ничего»);
- 5) кросс-секционные исследования в полноценной выборке населения;
- 6) описание серии случаев без достижения установленных критериев достоверности, в том числе с использованием элементов когортного исследования, принципов «случай – контроль», принципов исторического контроля, принципов «всё – или – ничего»;
- 7) кросс-секционные исследования в ограниченной выборке населения;
- 8) описание единичных случаев.

При оценке доказательной силы предшествующих достижений – найденных сведений по теме реа-

лизуемого исследовательского проекта – следует иметь ввиду и такой, особый тип систематизации имеющихся сведений о когда-либо реализованных в данном направлении исследований, обозначаемый как «метаанализ». Тематический метаанализ или серия метаанализов, проведённых, например, в сфере исследования доказательной эффективности определённых психотерапевтических технологий, проясняют те крайне важные позиции, по которым именно психотерапевтическим технологиям уже получены доказательства эффективности, соответствующие общепринятым критериям; какие психотерапевтические технологии не подтвердили свою эффективность в отношении адресных клиентских групп при выполнении всех обязательных условий доказательной исследовательской практики; какие психотерапевтические технологии ещё не были исследованы с позиций этих обязательных условий (т. е., описываемая в профессиональной литературе доказательная сила аргументов в пользу эффективности таких психотерапевтических технологий не является достаточной и безоговорочной). Подкрепляемая такими тематическими метаанализами научная новизна и актуальность планируемого исследования признаётся экспертым сообществом безоговорочно.

Далее, в помощь специалисту-исследователю мы приводим наиболее распространённые причины негативной оценки экспертым сообществом промежуточных отчётов (эти отчёты, чаще всего, оформляются как тематические научные публикации), а также – итоговых отчётов по проведённым научным исследованиям. В основном традиция такой достаточно строгой оценки исследовательской деятельности присутствует в сфере здравоохранения, где тенденция следования принципам доказательной исследовательской практики складывается в продолжение последних десятилетий. В несколько меньшей степени эти же тенденции присутствуют в психологической науке и практике.

Итак, в сферах, наиболее близких к профессиональной психотерапии, негативно оцениваются следующие, установленные в результате проведения экспертым оценки, факты:

- тема исследования не представляет научного и практического интереса;
- исследование не является оригинальным, т. е. такое или очень близкое, по своим основным характеристикам, исследование уже проводилось;
- основные гипотетические положения, выдвигаемые автором, не проверяются и не соответствуют используемой исследовательской методологии;
- дизайн (т. е. общий структурированный план исследования) неправильно выстроен и не обеспечивает корректность итоговых выводов;
- в дизайн исследования не были внесены необходимые поправки после вынужденной –

- обычно в результате возникших сложностей – коррекции существенных аспектов практической части реализации проекта;
- объём исследуемых (экспериментальных и сравниваемых контрольных групп) явно недостаточен для аргументации промежуточных и итоговых выводов;
- в исследовании вообще отсутствуют какие-либо попытки контроля;
- имеются грубые ошибки в проведении статистико-математического анализа;
- выводы по результатам исследования сделаны произвольно и не основываются на материалах статистико-математического анализа;
- авторы не заботятся о стилистике и структуре изложения материала, отчёт оформляется небрежно, без учёта общепринятых требований, по тексту отчёта или тематической публикации невозможно или очень сложно проследить авторскую логику.

Вышеприведённые факты, являющиеся наиболее частым основанием для выведения негативной экспертной оценки, следует иметь в виду ещё на стадии предварительного контроля, когда исследовательский проект ещё только формируется, но так же – и в основном – на стадиях промежуточного контроля, когда дизайн исследовательского проекта сформирован и выполняются его основные фрагменты.

Наконец, после проведения предметной и целенаправленной работы с крайне важной информацией, приведённой в настоящем разделе, специалисту-исследователю надлежит сделать заключительный шаг в последовательности действий, обеспечивающих успешный старт проекта: убедиться в том, что он может располагать достаточными ресурсами для адекватного научного поиска ответа на основной проблемный вопрос.

Здесь, во-первых, следует иметь в виду, что сложности в организации масштабных исследований в сфере профессиональной психотерапии, о которых было уже сказано, в какой-то степени преодолимы за счёт привлечения к реализации проектной деятельности адекватно подготовленных специалистов-психотерапевтов. Такие специалисты, безусловно, могут включаться в процесс первичного сбора информации по теме исследовательского проекта, без каких-либо опасений в связи с возможной утратой статуса самостоятельно проводимого исследования. В этом случае шансы на формирование объёмных параллельных групп (экспериментальных и контрольных) с достижением максимально возможной рандомизации в отборе пациентов/клиентов для этих групп – существенно возрастают, а сроки реализации исследовательского проекта – сокращаются. Во-вторых, необходимо заранее предусмотреть возможность адекватной статистико-математической обработки первичных данных, без чего вряд ли стоит расчитывать на какой-либо положительный отзыв в

отношении проводимого исследования. И далее, если в перспективе предполагается защита проводимого исследования на соискание учёной степени, то следует определиться с кандидатурой научного руководителя или консультанта, а также – с ведущей организацией, в идеале способных оказывать реальную помощь и поддержку на всех стадиях реализации исследовательского проекта.

Проработка всех вышеприведённых позиций будет означать, что подготовительный этап, необходимый для успешного старта исследовательского проекта, в основном, завершен и далее нужно приступить к оформлению полноценных проектных документов, в которых отражены наиболее важные характеристики и компоненты планируемого исследования.

2. Основные документы исследовательского проекта; типы контроля на стадиях научного исследования

2.1. Основными документами, отражающими главные компоненты исследовательского проекта, являются следующие.

Аннотация научного исследования: данный документ, по сути, является самой общей схемой планируемого исследования, которая отражает главные ориентиры проекта – тему исследования, актуальность, цели и задачи, планируемые результаты и общую методологию их достижения. Документ, обычно, занимает не более 1,5-2-х страниц стандартного текста и готовится вслед за определением основной тематики исследовательского проекта.

Аннотация научного исследования предназначена для утверждения темы проекта в ведущей научной организации, ознакомления с темой и главными ориентирами проекта предполагаемого научного руководителя (консультанта), прохождения первого этапа предварительного контроля со стороны научного руководителя (консультанта) и ведущей научной организации.

Таким образом, данный документ выполняет функцию отправной точки всей последующей проектной деятельности, но так же и функцию первого испытательного рубежа, отделяющего поверхностные намерения от твёрдого решения заниматься исследовательской деятельностью – наша практика показывает, что уже на этом этапе количество «энтузиастов» сокращается более чем втрое. И происходит это в основном потому, что даже и на этих полутора – двух страницах текста специалисту необходимо продемонстрировать навыки системного мышления, необходимые базовые компетенции в области методологии проведения научных исследований и специальные компетенции в исследуемой сфере профессиональной психотерапии. Такой уровень функциональной готовности, или, даже, осмысливание

ленное решение по форсированному достижению данного уровня – обнаруживаются далеко не у всех энтузиастов-исследователей.

Начинающему специалисту полезно будет узнать и «хорошую новость» – более половины инициативных претендентов на статус компетентного исследователя, преодолевающих данный рубеж, так или иначе, добиваются выполнения основных проектных целей и задач, со всеми, выводимыми отсюда, профессиональными дивидендами.

Структурированный полномасштабный документ исследовательского проекта: этот документ готовится сразу после прохождения первого этапа первичного контроля, осуществляемого научным руководителем и экспертами того ведущего учреждения, где утверждается тема планируемого исследования.

В документе отражаются все, наиболее значимые компоненты планируемого исследования: тема исследования; его актуальность; цели и задачи; научная новизна и практическая значимость; гипотетические положения, доказываемые настоящим исследованием; степень изученности проблемы с указанием базы используемых источников; общая методология и основные этапы исследовательского процесса; материалы (что исследовали – объект, предмет исследования и все учитываемые признаки, исследуемые группы с их характеристиками) и методы исследования (как исследовали – методы подбора групп, сбора и обработки информации, методы оценки учитываемых признаков, включая оценку динамики промежуточных и конечных индикаторов эффективности исследуемых психотерапевтических технологий); инструменты исследования с их характеристиками; планируемые результаты исследования; используемые ресурсы, в том числе, ресурс привлекаемых технических соисполнителей (сюда прилагаются технические задания для каждой группы исполнителей).

Настоящий документ вместе с прилагаемыми к нему планами, схемами и техническими заданиями выполняет функцию основной «дорожной карты» проводимого исследования, задаёт чёткий алгоритм всего исследовательского процесса и необходим, прежде всего, самому специалисту-исследователю. Но далее, данный документ предназначается для научного руководителя и экспертной группы ведущего научного учреждения и является основным материалом для проведения второй важнейшей процедуры предварительного контроля.

С подготовкой, экспертизой и проведением – при наличии такой необходимости – коррекции структурированного документа исследовательского проекта можно считать, что важнейший этап планирования научного исследования завершён. Такая констатация означает, что исследователем, а также – привлекаемыми ресурсными организациями и лицами на этапе планирования было сделано всё возмож-

ное для устранения возможных стратегических и тактических ошибок и обеспечения успешной реализации исследовательского проекта.

В связи со всем сказанным, наши рекомендации заключаются в том, что к разработке структурированного документа проекта необходимо относится со всей серьёзностью и тщанием, а также учётом того обстоятельства, что на основе содержания данного документа будет готовиться главный раздел итогового отчёта (или диссертационного исследования) – «материалы и методы исследования». Именно этот раздел в первую очередь привлекает внимание грамотных экспертов на стадии итогового контроля, и если методология исследования здесь изложена исчерпывающе убедительно, чётко и последовательно, то вопросов со стороны экспертов ко всем остальным разделам итогового отчёта возникает значительно меньше.

Календарный (индикативный) план проведения научного исследования: данный план является обязательным приложением к основному документу исследовательского проекта и, можно сказать, – главным, мотивирующим и дисциплинирующим инструментом. В настоящем документе расписаны даты реализации основных технических мероприятий, представляющих организационные компоненты исследовательского процесса. А также – объёмные или качественные индикаторы эффективности реализации этих мероприятий (например, количество обработанных систематизированных источников набраный объём экспериментальной и контрольной групп, положительное заключение экспертов в сфере доказательной исследовательской практики и пр.), достижение которых привязывается к определённым датам. Степень соответствия достигнутых на определённый момент результатов планируемым индикативным показателям учитывается при проведении процедуры промежуточного контроля на стадии реализации исследовательского проекта.

Общая схема дизайна научного исследования: данная схема является обязательным приложением к основному документу исследовательского проекта, и представляет собой иллюстрацию структуры и общей логики исследовательского проекта (что, собственно, и определяется как дизайн научного исследования). Основное функциональное предназначение данной схемы – давать ясное концентрированное и целостное представление об исследовательском проекте и его главных компонентах всем заинтересованным лицам. Такая схема способствует облегчённому пониманию идеи того, каким именно образом специалист собирается достигнуть намеченных целей и получить планируемые результаты исследования.

Кроме того, специалисту-исследователю, а также его научному руководителю (консультанту) всегда полезно иметь «перед глазами» такую сжатую схему исследовательского процесса, которая позво-

ляет держать в фокусе внимания главные компоненты и алгоритм реализации проектной идеи.

Следует иметь в виду, что такая схема, безусловно, понадобится на промежуточных и заключительных этапах реализации проекта для подготовки необходимых презентаций и публикаций по теме исследования.

Технические задания по отдельным компонентам проекта: протоколы технических заданий являются обязательными приложениями к основному документу исследовательского проекта. Здесь в первую очередь имеются в виду технические задания специалистам-психотерапевтам, согласившимся принимать участие в наборе экспериментальной группы, ведении этой группы по экспериментальному методу (при этом предполагается, что данная группа специалистов предварительно прошла курс обучения соответствующему методу) и сборе необходимой первичной информации; а также – технические задания другим специалистам по набору и отслеживанию динамики в сравниваемых параллельных группах, где терапия ведётся по стандартному психотерапевтическому методу или с использованием других помогающих практик. Также, возможны технические задания специалистам по проведению статистико-математического анализа, специалистам в области экспериментально-психологической диагностики, экспертам в области доказательной исследовательской практики.

Протоколы технических заданий демонстрируют факт того, что исследователь использовал все возможные ресурсы для увеличения масштабов исследуемой выборки, поиска дееспособных оценочных и аналитических инструментов, возможностей промежуточного контроля хода проведения исследовательского процесса.

Протоколы технических заданий входят в блок так называемой первичной документации и предоставляются комиссии по оценке первичной документации проведённого исследования, в случае такой необходимости.

Кроме того, техническим соисполнителям отдельных компонентов исследовательского проекта всегда полезно «иметь перед глазами» понятное изложение задачи, которую необходимо решить, и логической последовательности действий по её выполнению.

Промежуточные отчётные документы: это стандартные отчёты с изложением промежуточных результатов исследования по всем компонентам проекта (в этих отчётах в сокращённой форме должна излагаться фабула исследовательского проекта и достигнутые к настоящему моменту результаты; при наличии такой необходимости, может обосновываться необходимость коррекции первоначально индикативного или даже стратегического плана реализации исследовательского проекта); научные публикации по теме проекта.

Промежуточные отчётные документы, в соотнесении с календарными индикативными планами, являются основными материалами, необходимыми для проведения важной процедуры текущего контроля и возможной коррекции проекта.

Подготовка таких отчётов возвращает специалиста-исследователя к общей концепции проекта, дисциплинирует и дополнительно мобилизует его на достижение конечного результата. Кроме того, такой промежуточный отчёт, как правило, – готовый материал для тематической научной статьи, публикация которой будет дополнительным свидетельством научной зрелости автора.

Итоговый отчёт по выполнению исследовательского проекта: данный документ представляет собой систематизированное изложение результатов проведённого исследования, в котором представлена вся фабула проекта с наиболее значимыми компонентами (актуальность; цели и задачи; научная новизна и практическая значимость; гипотетические положения, доказываемые настоящим исследованием; степень изученности проблемы с указанием базы используемых источников; общая методология и основные этапы исследовательского процесса; материалы и методы исследования; инструменты исследования с их характеристиками; основные результаты исследования, систематизированные в соответствии с задачами исследования; заключение; выводы). В случае если научный проект выполнялся в формате диссертационного исследования, то итоговый отчёт представляет собой диссертационную работу, оформленную в соответствии со стандартными требованиями, предъявляемыми к данному документу.

Соответственно, основное функциональное предназначение данного документа – информирование научной общественности о достигнутых в проведенном исследовании результатах. Кроме того, итоговый отчёт является предметом завершающей фазы контроля, в связи с чем, к подготовке данного документа следует отнестись со всей серьёзностью.

Итоговый отчёт весьма часто является прологом к изданию авторской монографии по тематике исследовательского проекта, а такая монография – существенным вкладом специалиста-исследователя в развитие профессии. Признание научным и профессиональным сообществом заслуг автора, безусловно, повышает его профессиональный и социальный статусы.

Реферат по теме исследования: данный документ представляет собой сокращённый вариант итогового отчёта по выполнению исследовательского проекта, в котором, тем не менее, представлены все основные компоненты проекта с акцентом на полученные результаты.

Функциональное предназначение данного документа такое же, как у итогового отчёта – информирование научной общественности о достигнутых в проведённом исследовании результатах. Разница

здесь состоит только в том, что с таким компактным документом (30-50 страниц текста) может ознакомиться существенно большее количество представителей научной общественности. И далее, в случае проявления отдельного интереса, специалисты знакомятся и с основным итоговым документом.

На основании реферата по теме проведённого исследования готовится так называемое *реферативное сообщение*, которое публикуется в специальных реферативных журналах. Такое сообщение, обычно, не превышает объём в 250-300 слов и является ориентировочной информацией для самого широкого круга профессионалов и исследователей, действующих в сфере профессиональной психотерапии или в смежных профессиональных областях.

Наши рекомендации по оформлению документации по исследовательскому проекту состоят в том, что специалист-исследователь должен демонстрировать высокую культуру и навыки системной работы с тематической информацией и в этом весьма важном компоненте, который, собственно, и предъявляется научной общественности.

2.2. *Основные типы контроля на стадиях научного исследования* следующие: на этапе предварительной подготовки и стартовом этапе реализуются две процедуры *предварительного контроля*: экспертная оценка документа аннотации научного исследования (проводится научным руководителем или консультантом, а также – экспертами ведущего научного учреждения); экспертная оценка структурированного полномасштабного документа исследовательского проекта (проводится тем же составом, но также, возможно привлечение и независимых экспертов в сфере доказательной исследовательской практики). Функциональное назначение данных процедур – оценить дееспособность (новизну и масштаб) научной идеи, а также степень соответствия структуры и основных компонентов исследовательского проекта критериям доказательной исследовательской практики. Результаты предварительного контроля оформляются в соответствующих протоколах, в которых в случае необходимости присутствуют конкретные рекомендации по коррекции оцениваемых документов.

Предварительный контроль по своему значению – для обеспечения дееспособности всей последующей исследовательской деятельности и достижению удовлетворительного, и признаваемого научным сообществом конечного результата – является наиболее приоритетным типом контроля. И здесь же следует сказать, что наиболее распространённой стратегической ошибкой в организации исследовательского процесса является формальное отношение к процедуре предварительного контроля, за что специалисту-исследователю приходится, порой, «платить» слишком «дорогую цену».

В связи с этим, наши рекомендации здесь состоят в том, чтобы специалист настаивал на проведении

полноценного предварительного контроля на старте исследовательского проекта, прилагал все усилия к осуществлению такого контроля и внимательно относился ко всем рекомендациям по улучшению концепций исследовательского проекта.

На этапе реализации основных компонентов исследовательского проекта (так называемой, «полевой» работы) проводятся процедуры *текущего контроля*. Количество таких процедур не регламентируется и устанавливается по согласованию специалиста-исследователя с научным руководителем или консультантом, либо – в соответствии с регламентом деятельности ведущего научного учреждения. Функциональное назначение данных процедур – оценка степени соответствия протокольной и фактической части реализации основных компонентов исследовательского проекта, соответствия темпов продвижения и промежуточных результатов исследования календарному индикативному плану. Текущий контроль обычно проводится научным руководителем или консультантом, а также – профильным отделом ведущего научного учреждения. Выводы по результатам текущего контроля оформляются соответствующим протоколом и доводятся до специалиста-исследователя.

Практически важным здесь является тот факт, что на данном этапе всё ещё возможна коррекция определённых фрагментов исследовательского проекта. Такая коррекция проводится, например, в случае очевидных сложностей в реализации каких – либо задач или запланированных компонентов исследования. Поэтому оперативная работа с результатами текущего контроля является весьма важным условием, обеспечивающим «выживаемость» и успешную реализацию проекта.

На завершающем аналитическом этапе исследования проводятся процедуры *итогового контроля*, результаты которого собственно и являются основаниями для признания реализованного проекта в качестве состоятельного проекта, реализованного в соответствии с принципами доказательной исследовательской практики, либо – в качестве исследования, доказательная сила которого вызывает сомнения. Из этого выявляется приоритетная степень значимости предварительных мероприятий – в том числе предварительного и текущего контроля – обеспечивающих успешное прохождение процедур итогового контроля.

Выводы по проведению процедуры итогового контроля на стадиях прохождения презентации итогов проведённого исследования в учёном совете ведущего научного учреждения (или предзащиты) оформляются в виде отзывов научных консультантов, экспертов и соответствующих протоколов заседаний учёного совета. Положительные отзывы являются основанием для допуска специалиста-исследователя к заключительной регламентной процедуре итогового контроля.

Практически важным здесь является констатация того, что на данной стадии определённая коррекция и уточнение, например, основных доказываемых положений и выводов – всё ещё возможна и даже желательна в том случае, если, например, у привлекаемых экспертов групп возникают сомнения в соответствии этих положений с основными результатами и выводами. В случае же проведения процедуры итогового контроля на заседании диссертационного совета, а заседание такого совета собственно и представляет собой регламентированную процедуру такого контроля – никакие изменения невозможны и здесь может учитываться только доказательная сила аргументов, приводимых специалистом-исследователем в очном противостоянии с оппонентами, проводившими заключительную процедуру итогового контроля.

Наши рекомендации здесь состоят в том, чтобы автор – к моменту проведения процедуры итогового контроля – «освежил» в своей памяти весь ход исследовательского процесса, проанализировал все гипотетические «слабые места» проекта, в том числе и с учётом полученных ранее замечаний, был готов к чётким и ясным ответам на любые, в том числе и каверзные вопросы оппонентов, был способен продемонстрировать безупречное владение материалами по всему ходу исследования и по вопросам методологии доказательной исследовательской практики в целом.

Далее, специалисту-исследователю – в отношении всех поименованных типов и процедур контроля – следует иметь ввиду одну простую истину: если он, помимо сугубо личного опыта в проведении какой-то не очень приятной исследовательской практики, собирается добиваться существенного повышения своего профессионального статуса или даже признания статуса исследователя с экспертными функциями, то все шаги по осуществлению поэтапного контроля собственного исследовательского проекта и нужно воспринимать как шаги по достижению этой престижной цели. И никаких исключений здесь быть не может.

3. Общая методология исследовательского процесса, реализуемого в сфере профессиональной психотерапии

В настоящем разделе мы рассмотрим основные структурные компоненты исследовательского проекта более подробно и, по возможности, с учётом специфики сферы профессиональной психотерапии. В самом первом приближении эти структурные компоненты представлены следующим образом:

общая часть исследовательского проекта:

- актуальность исследования;
- цели и задачи;
- научная новизна и практическая значимость;

- гипотетические положения, доказываемые настоящим исследованием;
- обоснование степени изученности проблемы (оценка уровня предшествующих достижений), с указанием базы используемых источников.

специальная часть исследовательского проекта:

- общая методология (объект, предмет, учитываемые признаки, независимые и зависимые переменные, тип исследования, подбор групп, методы сбора и обработки первичной информации, основные этапы исследования);
- материалы и методы исследования (исследуемые группы с их характеристиками, методы оценки учитываемых признаков, динамики промежуточных и конечных индикаторов в исследуемых группах, инструменты исследования с их характеристиками);
- анализ полученных данных; системное оформление результатов исследования;
- итоговое заключение;
- итоговые выводы;
- практические рекомендации.

заключительная часть исследовательского проекта:

- конгломерация и архивирование данных;
- публикации результатов научного исследования;
- презентация (апробация) результатов научного исследования.

Общее требование к содержанию и оформлению вышеприведённых структурных компонентов реализуемого проекта заключается в строгом, лаконичном и, в то же время, исчерпывающем изложении каждого фрагмента, с тем, чтобы именно здесь был представлен системный стержень и безупречная логика построения исследовательского процесса во всех его аспектах.

Вышеприведённые компоненты, в развернутом или скжатом виде, представляют собой содержание основных документов проекта (см. предыдущий раздел), на основании которых и делается вывод о дееспособности исследовательского процесса. Именно поэтому, специалист-исследователь должен быть очень хорошо ориентирован в том, что собой представляют эти универсальные компоненты, и способен представлять их в том виде, в котором этого требует формат соответствующего документа.

3.1. Общая часть исследовательского проекта представлена следующими разделами.

3.1.1. Раздел «Актуальность исследования»

Данный раздел должен раскрывать тезис того, каким образом ликвидация дефицита в определённой области знаний – например, в сфере определения истинной эффективности экспериментального психотерапевтического метода применительно к адресной клиентской группе – способна улучшить си-

туацию в конкретном сегменте или в рассматриваемой профессиональной сфере в целом. Таким образом, данный раздел должен содержать краткую характеристику того сегмента профессиональной сферы, который имеет непосредственное отношение к теме исследования, оценку проблемной ситуации в исследуемом секторе знаний, указание на имеющиеся достижения и нерешённые до настоящего времени вопросы, а также – перспективу их решения за счёт проведения настоящего исследования.

В данном стартовом фрагменте, как правило, приводятся ссылки лишь на основные источники, подтверждающие правомерность излагаемых тезисов, но их общее количество не должно превышать 12-15 ссылок (основные сведения по предшествующим достижениям в рассматриваемом секторе знаний приводятся в специальном разделе).

Тем не менее, функциональная значимость раздела «Актуальность исследования» весьма высока, так как именно здесь раскрываются основные мотивы, задаются несущие смыслы и наиболее значимые контексты проводимого исследования.

Наша рекомендация здесь состоит в том, чтобы специалист-исследователь, проработавший содержание данного раздела ещё на стадии исследования (т. е. в документе «Аннотация исследования»), в ходе всех последующих этапов ещё не раз возвращался к содержанию раздела, совершенствуя и оттачивая его главные тезисы.

3.1.2. Раздел «Цели и задачи»

Данный раздел во всей структуре исследовательского проекта является наиболее кратким, и в то же время – важным, поскольку задаёт направление (цель) и рабочий алгоритм (задачи) всего исследовательского процесса. Здесь специалисту-исследователю нужно стремиться к тому, чтобы цель и задачи исследования были сформулированы предельно точно, по возможности, лаконично и ясно передавали логическую схему проводимого исследования.

Далее, следует иметь в виду, что титульная тема исследования формулируется лишь после того, как сконструирована основная цель исследовательского проекта. Обе эти формулировки – цели и основной темы – должны быть звучны, но, конечно, не идентичны. Титульное обозначение темы может давать лишь общее направление исследования, в то время, как цель – конкретное обозначение именно того основного результата, который хочет получить специалист-исследователь. Так, например, если речь идёт об исследовании сравнительной эффективности экспериментального и какого-либо традиционного психотерапевтического метода (или любого другого способа воздействия на адресную группу клиентов), то основная цель исследования может быть сформулирована, как *обоснование, разработка и определение сравнительной эффективности психотерапии, проводимой по методу «.....» в группе пациентов с «....» расстройствами (или: клиентов*

с признаками «....»). И далее – в данную формулировку цели вставляется точное обозначение исследуемого экспериментального метода и адресной группы пациентов/клиентов. Адресная группа, соответственно, может включать как клинические, так и психологические дефиниции основных признаков, по которым она идентифицируется. Титульная тема исследования, в этом случае, может быть сформулирована как: «....» психотерапия лиц с «...» расстройствами (или: ли с проявлениями «....»). Здесь так же проводится аналогичная процедура уточнения названия исследуемого психотерапевтического метода и уточнения характеристик адресной клиентской группы. Вышеприведённые формулировки цели и титульной темы исследования соответствуют выше-приведённым рекомендациям – ониозвучны, но не идентичны; формулировка темы здесь задаёт общее направление исследования, в то время как формулировка цели уточняет главный результат, который на-меревается получить специалист-исследователь.

В приведённом примере формулировки цели следует обратить внимание ещё на одну особенность: все четыре «функционала» в данном определении – *обоснование – разработка – определение сравнительной эффективности – в группе с «...»* – могут и должны являться основанием для формулировки соответствующих задач исследования. Такие задачи, если их расположить в логической временной последовательности, могут выглядеть следующим образом: 1) *подготовка систематического обзора в сфере психотерапии лиц с «...», с обоснованием метода «...»;* 2) *разработка модели профессионального стандарта психотерапии лиц с «...», проводимой по методу «...»;* 3) *проведение рандомизированного (частичная рандомизация) отбора клиентов/пациентов в экспериментальную и сравниваемую контрольную группу, реализация экспериментальной и стандартной психотерапевтической программы в данных исследуемых группах;* 4) *проведение анализа сравнительной эффективности экспериментальной и стандартной психотерапевтической программы в исследуемых группах с использованием разработанной системы промежуточных и конечных индикаторов эффективности (данная задача при наличии соответствующих исследовательских установок может раскладываться на три или даже на четыре самостоятельные задачи, связанные, например, с дифференциацией по основным группам клинических, психологических и социальных индикаторов эффективности, разработкой специальной системы используемых промежуточных и конечных индикаторов эффективности и пр.);* 5) *разработка практических рекомендаций по внедрению апробированной модели профессионального стандарта психотерапии лиц с «...» по методу «...».*

Затем, следует иметь в виду, что основные гипотетические положения, которые необходимо дока-

зывать в ходе исследовательского процесса, также могут и должны выстраиваться в соответствии с основными «функционалами», обозначенными в формулировке цели исследования.

В этом случае логика выстраивания титульной темы, основной цели, главных задач исследования, и далее, гипотетических положений – будет очевидна, том числе и для экспертов, оценивающих дееспособность исследовательского проекта.

Безусловно, тематика исследований, проводимых в сфере профессиональной психотерапии, не ограничивается только лишь определением сравнительной эффективности экспериментальных и стандартных психотерапевтических методов. Однако наши рекомендации здесь заключаются в том, что приведённая в конкретном примере логика построения взаимозависимых целей, титульной темы, задач и гипотетических тезисов должна присутствовать во всех возможных темах исследования.

3.1.3. Раздел «Научная новизна и практическая значимость»

Данный раздел предметно раскрывает тему актуальности исследования по самым главным компонентам – научной новизны и практической значимости.

Понятный тезис того, что проведение научного исследования имеет смысл только в том случае, когда тема и полученный результат являются полностью оригинальными, здесь с необходимостью должен дополняться положением о том, что результат такого исследования не должен быть самоочевидным, а выявляться из непосредственного опыта или соображений элементарного здравого смысла. То есть исследовательский процесс должен подпитываться значительной и не самоочевидной темой, которая, к тому же, имеет внятную перспективу в плане внедрения достигнутых результатов в практику и совершенствования сферы профессиональной психотерапии в существенных компонентах.

Сектор научной новизны в рассматриваемом разделе формируется достаточно лаконично: перечисляются те позиции в исследовательском проекте, к которым применим термин «впервые» (например: «*впервые в качестве системо-образующей основы модели интегративной психотерапии обосновывается концепт трёхуровневой терапевтической коммуникации; впервые в качестве дееспособных критериев интегрированного и самостоятельного научно-практического направления – профессиональной психотерапии – используется степень проработанности основных векторов дифференциации-интеграции: культурно-исторического, внешнего – с современным корпусом науки и сопредельными научно-практическими направлениями, внутреннего – с различными направлениями и модальностями психотерапии, междисциплинарного – с другими помогающими и развивающими практиками; и пр.*»). И далее, в разделе «Оценка уровня предшествующих достижений» специалист-исследо-

ватель должен привести реальные доказательства истинности данных тезисов, подтверждающих статус оригинального исследования.

Что же касается сектора практической значимости, то на начальных стадиях оформления проектных документов речь здесь может идти лишь о планах внедрения (например, разрабатываемой модели профессионального стандарта психотерапии в адресной группе клиентов, осуществляющей по экспериментальному методу). На этапе реализации и завершения исследовательского проекта в данном секторе должны приводиться ссылки на прилагаемые к основным проектным документам акты и протоколы внедрения по всем возможным вариантам – в практике, профессиональной подготовке, исследовательском процессе и пр.

Наши рекомендации по оформлению рассматриваемого раздела состоят в том, чтобы фокус научной новизны исследовательского проекта постоянно находился в поле внимания специалиста-исследователя. И поскольку работа над разделом «Оценка уровня предшествующих достижений» ведётся практически на протяжении всего периода подготовки и реализации исследовательского процесса, то специалист-исследователь должен приобрести полезную привычку соотносить постоянно пополняемый объём сведений в рассматриваемой области знаний с развернутыми тезисами о научной новизне собственного исследовательского проекта. В этом случае он не пропустит ничего важного из того, что в принципе способно поставить под вопрос главный тезис о научной новизне проводимого исследования. Если же такая информация и поступит (например, сведения о публикации результатов по аналогичному и уже завершённому исследовательскому проекту), то всегда можно усложнить рабочую модель исследования или своевременно перепланировать некоторые существенные акценты. В любом случае такая практика добавляет уверенности специалисту-исследователю и позволяет ему чувствовать себя достаточно комфортно в дискуссиях – в том числе и с жёстким оппонированием – по теме проводимого исследования.

3.1.4. Раздел «Гипотетические положения, доказываемые настоящим исследованием»

Настоящий раздел является важнейшим связующим звеном между главными «вышележащими» и «нижележащими» ориентирами исследовательского проекта и цементирует стержневую систему координат: тема исследования – цель – задачи – гипотетические положения – результаты – выводы, которая собственно и демонстрирует целостность и логику построения всего исследовательского процесса. Соответственно, доказываемые гипотетические положения должны выводиться из «функционалов» главного отправного пункта – цели исследования. Например, в случае, если речь идёт о такой цели, как: обоснование, разработка и исследование

сравнительной эффективности «сквозной», т.е. континуальной мотивационной психотерапии на последовательно выстраиваемых этапах аддиктологической помощи – первично-профилактической, первичной, амбулаторной и стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии, то гипотетические положения по определённому фрагменту этого комплексного исследования могут выглядеть следующим образом:

1) в рассматриваемом секторе психотерапевтических знаний имеется явный дефицит систематизированных сведений об эффективных психотерапевтических технологиях, способствующих формированию конструктивной мотивации лиц с компьютерной зависимостью второго типа (либо с высокими рисками вовлечения в данный тип зависимости) на всех дифференцированных этапах аддиктологической помощи;

2) разработанные технологии первичной психотерапевтической помощи – мотивационного информирования, мотивационного консультирования, а также – полимодальной мотивационной психотерапии, проводимой на амбулаторном, стационарном и противорецидивном этапе аддиктологической помощи полностью перекрывают этот дефицит и представляют собой модель континуальной мотивационной психотерапии, существенно повышающей эффективность программ аддиктологической помощи таким лицам;

3) программы аддиктологической помощи (АП) с использованием модели континуальной мотивационной психотерапии, проводимой в отношении лиц с компьютерной зависимостью второго типа (либо с высокими рисками вовлечения в данный тип зависимости), обнаруживают сравнительно более высокую эффективность по следующим промежуточным индикаторам: динамика рисков вовлечения в компьютерную зависимость второго типа – на этапе первично-профилактической АП; динамика вовлечения в полноценные программы амбулаторной реабилитации – на этапе первичной АП; динамика преждевременного выхода из программы амбулаторной реабилитации, темп и степень редукции основных клинико-патологических синдромов (мишень «патологический психический статус»), темп и степень развития дифференцированных свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость (мишень «нормативный личностный статус») – на одноимённом этапе АП; динамика показателей социального функционирования и качества жизни – на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии АП;

4) программы аддиктологической помощи с использованием модели континуальной мотивационной психотерапии, проводимой в отношении лиц с компьютерной зависимостью второго типа (либо с высокими рисками вовлечения в данный тип

зависимости), обнаруживают сравнительно более высокую эффективность по следующим конечным индикаторам: устойчивое снижение рисков в охватываемой группе; продолжительность и качество ремиссии – в продолжение трехлетнего периода после завершения активного терапевтического цикла. И далее, следующие стержневые компоненты проекта – результаты, выводы – выстраиваются уже, исходя из тезисов основных гипотетических положений. То есть, в нашем случае первые два тезиса гипотетических положений могут обосновываться в разделе «Оценка уровня предшествующих достижений» и отчасти в разделе «Материалы и методы исследования»; а такое обоснование, соответственно, может отражаться в первых двух выводах по результатам завершённого исследования. Истинность двух следующих гипотетических тезисов должна доказываться в основных разделах, отражающих результаты проведённого исследования, и показываться в соответствующих выводах, начиная с третьего.

Наши рекомендации по разработке и оформлению настоящего раздела проекта заключаются в том, что специалист-исследователь должен постоянно держать в фокусе внимания стержневую систему координат проекта и после получения каждого результата возвращаться к первоначальным гипотетическим тезисам. При этом должна уточняться адекватность формулировки соответствующего гипотетического тезиса полученными данными. В этом случае специалист-исследователь обеспечит должную степень целостности и непротиворечивости основных компонентов проекта, что, конечно, будет свидетельствовать о научной зрелости автора и исполнителя проекта.

3.1.5. Раздел: «Обоснование степени изученности проблемы (оценка уровня предшествующих достижений), с указанием базы используемых источников»

В связи с тем, что именно в этом компоненте проекта обосновывается научная новизна проводимого исследования, а также подтверждается дееспособность начальных гипотетических тезисов (см. примеры, приведённые по предыдущему разделу), настоящий раздел является полноценным исследовательским фрагментом, к содержанию и структурному оформлению которого следует относиться весьма серьёзно.

Достаточно сказать, что современные исследовательские проекты, рассчитанные на «прорывные» результаты, не принимаются к исполнению серьёзными исследовательскими центрами, если предварительно не были осуществлены глубокий систематизированный поиск и обоснование научной новизны проекта по так называемому «матричному принципу». Суть этого принципа заключается в том, что за счёт имеющихся систематизированных баз данных в какой-либо области знаний создаётся двухмер-

ная или даже трёхмерная компьютерная модель (информационная матрица), которая демонстрирует топологию генерируемых – за счёт проводимого исследования – новых знаний в корпусе кодифицированных научных знаний. Информационная матрица, кроме того, демонстрирует и актуальный фронт соответствующего научного направления, что собственно и следует подразумевать под «прорывом», который может быть обоснован в результате реализации соответствующего исследовательского проекта.

Разумеется, сфера профессиональной психотерапии пока что далека от таких «прорывных» исследовательских технологий. Однако, осмысленный информационный поиск, систематизация полученной информации, обоснование научной новизны и существенных характеристик планируемого исследования, а также – перспектив использования новых знаний, которые могут быть получены в результате реализации исследовательского проекта – всё это, безусловно, должно присутствовать в рассматриваемом разделе. Такой систематизированный обзор по определённому сектору знаний в сфере профессиональной психотерапии может быть использован при создании базы так называемых «больших данных», которая скорее рано, чем поздно, будет использоваться и в сфере психотерапевтической науки для планирования тематических научных исследований по матричному принципу. А это – уже серьёзный вклад в развитие психотерапевтической науки, который будет приниматься во внимание экспертами, проводящими итоговую оценку проведённого исследования.

Наши рекомендации по подготовке раздела «Обоснование степени изученности проблемы, с указанием базы используемых источников» заключаются в том, чтобы черновой вариант данного раздела готовился в начале, а не в завершении исследовательского проекта – это избавит специалиста-исследователя от неприятных для него «открытий» на финальной стадии реализации проекта, когда исправлять что-либо уже поздно. И далее, необходимо постоянно возвращаться к данному разделу, добиваясь исчерпывающей полноты и чёткой систематизации излагаемого материала по дифференцируемым планам актуальной информации, имеющим непосредственное отношение к теме исследования. В заключительном фрагменте настоящего раздела должны быть обоснованы и сформулированы выводы относительно имеющегося дефицита научных знаний в рассматриваемой области и перспективы восполнения данного дефицита за счёт реализации соответствующего исследовательского проекта.

3.2. Специальная часть исследовательского проекта представлена следующими разделами.

3.2.1. Раздел «Общая методология исследования (объект, предмет исследования; учитываемые признаки; независимые и зависимые переменные;

тип исследования; подбор исследуемых групп; методы сбора и обработки первичной информации; основные этапы исследования)»

Настоящий раздел оформляет общий каркас исследовательского проекта и определяет весь ассортимент специальных методологических приёмов, который может быть использован для достижения планируемых результатов исследования.

При оформлении содержания данного раздела следует учитывать, что в сфере профессиональной психотерапии обычно в качестве *основного объекта исследования* выступает население с определёнными поло-возрастными, социальными, психологическими и иными характеристиками. В то время как в качестве *основного предмета исследования* чаще всего выступает динамика определённых характеристик адаптационного процесса – психологических, биологических, социальных – в группах, охваченных изучаемыми психотерапевтическими методами. А также – определённые характеристики используемых психотерапевтических методов – макротехнологические, метатехнологические, структурно-технологические и пр. Именно эти характеристики и представляют собой *совокупность учитываемых признаков*, наличие и динамика которых отслеживается и анализируется в процессе исследования. Среди этих признаков различают *независимые переменные* (т.е. признаки, на которые средства психотерапевтического воздействия повлиять не могут в принципе, но, тем не менее, эти признаки должны учитываться – это, например, факторы пола и возраста, наследственной отягощённости, наличие каких-либо заболеваний или травм в анамнезе у клиентов/пациентов в исследуемых группах) и *зависимые переменные* (это, например, характеристики адаптационного статуса клиентов/пациентов, которые и представляют основные мишени психотерапевтического воздействия). Зависимые переменные могут преобразовываться в *систему промежуточных и конечных индикаторов эффективности*, если речь идёт об исследовании сравнительной эффективности каких-либо психотерапевтических методов. При этом все используемые индикаторы эффективности, так же должны быть отнесены к совокупности учитываемых признаков. Учитываемые признаки нужно систематизировать, кратко охарактеризовать; в рассматриваемом разделе нужно указать их общее число.

Далее должен быть охарактеризован *тип исследования*. При этом можно использовать систематику типов исследования в общем контексте доказательной исследовательской практики, изложенную в первом разделе настоящего методического руководства. Избранный тип исследования должен в максимальной степени соответствовать основной теме, целям и задачам исследования. Типом исследования определяется *методология подбора исследуемых групп* (например, подбор экспериментальной и сравниваемой контрольной групп в рандомизированном

не слепом исследовании, при котором распределение клиентов в эти группы носило случайный характер). *Методы сбора и обработки первичной информации* так же должны быть охарактеризованы в плане демонстрации исключения субъективно фактора там, где только возможно. Так, например, при исследовании эффективности какого-либо экспериментального психотерапевтического метода – с введением стандартного протокола сбора первичной информации по всем учитываемым признакам – полностью исключить фактор субъективности невозможно только лишь при заполнении некоторых разделов специального протокола психотехнического анализа. Эти разделы должен заполнять специалист-психотерапевт, реализующий исследуемый метод психотерапии в экспериментальной группе, и не знать об этом обстоятельстве он, при всем желании инициативного исследователя, не может. Однако по всем прочим учитываемым признакам необходимо стремиться к тому, чтобы первичную информацию в базисные исследовательские карты (стандартные протоколы) заносили технические сотрудники проекта, не информированные о распределении клиентов/пациентов в экспериментальную и сравниваемую контрольную группы. В этом случае, если заполняемые исследователем психотехнические параметры не имеют прямого отношения к критериям эффективности, а параметры, «снимаемые» не информированными техническими сотрудниками, – как раз и являются основными индикаторами эффективности, можно считать, что данный компонент проекта, в целом, удовлетворяет критериям доказательной исследовательской практики. Далее, собранная таким образом информация должна передаваться техническому сотруднику, осуществляющему свечение полученных данных в сводные таблицы, пригодные для последующей статистико-математической обработки.

В завершении данного раздела специалист-исследователь должен охарактеризовать основные этапы исследовательского процесса: «*кабинетного*» – разработки идеи и первичных документов проекта, *стартового* – организационного, *полевого* – реализации основных технических заданий и сбора первичной информации, *аналитического* – систематизации и анализа собранной информации, *завершающего* – подготовки итоговых документов и прохождения процедуры итогового контроля, что так же демонстрирует степень научной зрелости специалиста-исследователя.

Наши рекомендации по данному разделу исследовательского проекта заключаются, во-первых – в том, что с учётом значимости настоящий раздел должен выделяться в отдельный компонент проекта, или, в крайнем случае, выделяться как подраздел компонента «*Материалы и методы исследования*» (например, при необходимости соблюдения стандартных требований по оформлению диссертационного ис-

следования). Во-вторых – по мере продвижения проекта настоящий раздел должен постоянно совершенствоваться, конкретизироваться и перепроверяться на предмет соответствия с реальным содержанием исследовательского процесса. В этом случае раздел будет выполнять все возлагаемые на него функции в полном объёме, в том числе – информировать заинтересованных специалистов о соответствии проведённого исследования критериям доказательной исследовательской практики.

3.2.2. Раздел «Материалы и методы исследования (исследуемые группы с их характеристиками, методы оценки учитываемых признаков, динамики промежуточных и конечных индикаторов в исследуемых группах, инструменты исследования с их характеристиками)»

Настоящий раздел является наиболее значимым компонентом в методологическом оформлении исследовательского проекта. По содержанию данного раздела, а также – на основании сопоставления результативной части проекта с методологическими установками раздела делаются выводы о научной состоятельности проекта и степени его соответствия с основными принципами доказательной практики. Методологические установки, ассортимент используемых методов и инструментов исследования, которые должны быть описаны в данном разделе, являются, таким образом, основным руководством по реализации полевого и аналитического этапа исследования.

В рассматриваемом разделе, как понятно из его обозначения, должно быть представлено, как минимум, три подраздела: материалы исследования; методы исследования; инструменты исследования.

В качестве основных материалов в профильных исследованиях, проводимых в сфере профессиональной психотерапии, чаще всего выступают характеристики сравниваемых групп – экспериментальной и контрольной. В данной части, как правило, приводится сводная таблица распределения сравниваемых характеристик – пола, возраста, социального положения, национальности, наличия типичной проблемной ситуации, принадлежности к какой-либо определённой клинико-диагностической группе и пр. – в экспериментальной и контрольной группах. И далее, в сводной таблице приводятся цифровые данные, демонстрирующие отсутствие статистически значимой разницы по всем этим стартовым параметрам между сравниваемыми группами.

Кроме того, в комплексных исследованиях, где сфера профессиональной психотерапии также представлена, в качестве основных материалов исследования могут выступать: презентативные выборки населения, в которых могут учитываться признаки, указывающие на потребность в психотерапевтической помощи (например, низкий уровень психологического здоровья); материалы статистического профиля, отражающие охват населения психотерапев-

тической помощью (по данным статистической отчётности); материалы нормативного профиля, характеризующие ситуацию в сфере управления качеством психотерапевтической помощи населению (законодательство; национальные и региональные программы, стратегии; межведомственные и ведомственные приказы, документы, регламентирующие профессиональную психотерапевтическую деятельность в секторе здравоохранения, социальном секторе и пр.); материалы аналитического (эпистемологического) профиля, устанавливающие наличие дефицита в сфере научных представлений об эффективности какого-либо психотерапевтического воздействия на адаптационную динамику группы населения с определёнными – биологическими (клиническими), психологическими, социальными и пр. – характеристиками. Данная группа материалов должна быть достаточно подробно охарактеризована, с тем, чтобы любой специалист, проявляющий интерес к теме исследования, мог понять, о чём идёт речь, и ознакомиться с интересующими его подробностями в соответствующих базах данных.

Далее, в том случае, если исследуется какой-либо экспериментальный психотерапевтический метод, в специальном подразделе должно быть приведено исчерпывающее описание структуры и содержания данного метода, технического протокола его реализации, а также – соответствующей модели профессионального стандарта со всеми его компонентами. То есть, структурированное описание используемых технологий психотерапевтического воздействия так же подпадает под определение материалов исследования и должно быть приведено в данном подразделе.

В следующем подразделе должны быть описаны методы, используемые в проводимом исследовании. Чаще всего, в исследованиях, реализуемых в сфере профессиональной психотерапии, используются методы оценки динамики состояния клиентов/ пациентов в экспериментальной и контрольной группах по психологическим, психопатологическим, клиническим и комплексным (качество жизни) параметрам; а также – статистические методы, устанавливающие статистически значимую разницу в соответствующей динамике значений этих параметров. Однако специалист-исследователь должен представлять весь спектр методов, использование которых в принципе возможно при исследованиях, осуществляемых в сфере профессиональной психотерапии. Данные методы могут быть систематизированы и кратко охарактеризованы следующим образом.

Группа аналитических методов (включая методы эпистемологического анализа), используемых на стадии обоснования научной новизны проводимого исследования и оценки уровня предшествующих достижений: это в первую очередь модифицированный метод экспертных оценок, позволяющий идентифицировать и детально охарактеризовать имеющийся дефицит в сфере научных представле-

ний об эффектах определённого психотерапевтического воздействия на адаптивную динамику субъекта или группы, выделяемых на основе конкретного набора характеристик. Особенности такой экспертной оценки заключаются в том, что здесь, наряду с единственным «очным» экспертом – специалистом-исследователем, готовящим данный подраздел, – привлекаются и «заочные» эксперты, на которые делается ссылка в соответствующей обзорной информации. На основании анализа высказываемых ими аргументов специалистом-исследователем делается собственное заключение по объёму и глубине имеющегося дефицита научных знаний в рассматриваемом секторе, а также – о возможности преодоления данного дефицита за счёт проводимого исследования.

Метод эпистемологического анализа представляет собой качественно иной способ критического пересмотра определённой области знаний, безусловно, требующий от специалиста-исследователя углубленной подготовки в сфере философии и, конкретно, в области общей и специальной эпистемологии. Эпистемологический анализ позволяет: идентифицировать глубинный культурно-исторический и собственно эпистемологический контекст, из которого выводится исследуемая форма знаний; отделять иллюзии, химеры, беспочвенные верования, «идеологию» от подлинно научных концептуальных основ знания; отделять поверхностную интерпретацию контекста развития рассматриваемой области знания от глубинной; осуществлять в результате всего вышеизложенного адекватное выведение реальных и обоснованных универсалий в исследуемой сфере, а также путей и методов их получения. Для рассматриваемой сферы профессиональной психотерапии проведение глубокого эпистемологического анализа используемой здесь исследовательской методологии более чем актуально, поскольку многими ведущими экспертами отмечается узость границ стандартных методологических подходов, используемых, например, в клинической практике, и необходимость разработки инновационных исследовательских подходов более адекватных для предметной сферы психотерапии. Метод эпистемологического анализа, в силу его специфичности и сложности, используется только в том случае, если исследование осуществляется на стыке философии, психологии, психотерапии.

Группа диагностических методов: здесь в первую очередь следует назвать *клинико-психопатологический метод*, позволяющий выявлять признаки психических и поведенческих расстройств. Например, – констатировать наличие синдрома деморализации (по Дж. Франку, 1986), который почти всегда в той или иной степени присутствует у лиц, обращающихся на психотерапевтический приём, и других психопатологических синдромов у представителей исследуемых групп. Использование данного метода предполагает наличие соответствующей подготов-

ки в области клинической психиатрии у специалиста-исследователя.

Клинико-психологический метод – это, в основном, описательный метод, позволяющий идентифицировать и квалифицировать особенности психики (личности, поведения, эмоциональных реакций, коммуникативной активности, используемых когнитивных схем и пр.) клиентов/ пациентов в исследуемых группах, описать основные психологические реакции на имеющиеся проблемы, в частности – проблемы в сфере собственного здоровья. Данный метод используется в основном при описании отдельных случаев, где психологические особенности клиентов/ пациентов раскрываются наиболее полно.

Экспериментально-психологический метод: данный метод даёт возможность оценки и отслеживания динамики определённых психологических свойств, процессов, состояний – универсальных или специальных мишней в различных методах профессиональной психотерапии.

Методы биологической (клинической) – биохимической, иммунологической, эндокринологической, генетической, визуализированной – диагностики: данный метод уточняет адаптационные кондиции основных систем организма человека и используется в области клинической психотерапии.

Методы нейрофизиологической диагностики: этим методом исследуют характеристики биоэлектрической активности мозга. Данный метод также используется в основном в области клинической психотерапии. Однако при условии создания более совершенных и компактных систем непрерывного нейрофизиологического мониторинга данный метод может использоваться более широко, в том числе и в практике определения эффективности используемых психотерапевтических технологий.

Группа экспериментальных методов: в основном это следующие методы.

Метод контролируемого клинико-психологического эксперимента, используемый при апробации инновационных психотерапевтических технологий в экспериментальных группах.

Метод контролируемого организационного эксперимента, используемый при апробации новых организационных моделей управления психотерапевтической помощью, в частности – качеством оказываемой психотерапевтической помощи.

Метод экспериментального (математического) моделирования, используемый при разработке инновационных технологий и моделей профессиональной психотерапии. За этим методом, безусловно, будущее психотерапевтической науки. В настоящее время использование данного метода ограничено в силу не проработанности многих методологических вопросов и в первую очередь вопросов сущностной идентификации и детального исследования предметной сферы профессиональной психотерапии (т. е. не определён в должной степени сам

предмет моделирования); а также – по причине отсутствия компьютерных программ, адекватной степени сложности. Однако все эти трудности в самые последние годы активно преодолеваются специалистами-исследователями, действующими в направлении разработки данного метода.

Группа универсальных методов и подходов: в данную группу входят следующие и подходы.

Статистический метод используется для проведения статистико-математической обработки показателей, получаемых при реализации каждого из выше перечисленных методов в исследуемых группах. Основная задача, которая решается с использованием данного метода, состоит в том, чтобы установить степень достоверности результатов, получаемых в конкретном исследовании, т. е. определить с какой вероятностью такой же результат может быть воспроизведен в исследуемой популяции. В общем контексте рассматриваемого метода статистического анализа присутствуют многочисленные варианты, технологии проведения анализа, которые используются в соответствии с исследовательскими задачами. Так, например, при изучении взаимосвязи и взаимозависимости учитываемых признаков в исследуемых группах – экспериментальная и контрольная группы – применяют корреляционный анализ; в частности – интерпретируют значения коэффициентов корреляции Пирсона (измерение силы линейных взаимосвязей между двумя переменными) и Спирмена (измерение взаимозависимости между двумя переменными на основании их ранговых порядков, определяемых в соответствующих шкалах).

Более сложная технология проведения статистического анализа, которая может быть использована, например, в целях выявления весовых соотношений и классификации общих и специфических – для определенного психотерапевтического метода – факторов, должна включать последовательные этапы комплексной исследовательской процедуры, проводимой в рамках строгого научного эксперимента: 1) чёткая идентификация анализируемых технических характеристик психотерапевтического процесса 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 (эмержентного) параметра – в качестве универсальной единицы психотехнического анализа; 4) контролируемое тестирование и подтверждение высокой разрешающей способности полученного агрегированного признака – универсальной единицы психотехнического анализа; 5) использование полученной таким образом уни-

версальной оценочной единицы в стандартной процедуре психотехнического анализа.

Сама по себе процедура проведения статистического анализа предполагает, что оформление каких-либо выводов по результатам исследования делается только лишь на основании достоверных данных, полученных в результате статистико-математической обработки исследуемых параметров, показателей. Что конечно же только позитивно оценивается при проведении процедуры итогового контроля и повышает степень доверия экспертных групп к результатам исследования.

При проведении статистического анализа рекомендуется использование программных продуктов SPSS для Windows, обладающих необходимыми возможностями для всех этапов аналитического процесса в математической статистике, включая дифференцированный статистический анализ.

Системный подход – используется при решении аналитических задач, требующих осмысливания сложной динамики взаимодействия рассматриваемых факторов и параметров, характеризующих психотерапевтический процесс, сведения разрабатываемых концептов и систему (концепцию, модель, модальность) с признаками функционального единства и чётко идентифицированным системообразующим стержнем.

Синергетический, вне дисциплинарный научный подход – может быть использован с целью реконструкции и моделирования процессов сложной, неравновесной динамики в таких же сложных, открытых, развивающихся и взаимодействующих системах – что собственно и имеет место при проведении психотерапии – и демонстрации основных и наиболее оптимистичных вариантов кризисного развития таких систем.

К примеру, с исследованием математических моделей, адекватно описывающих неравновесную динамику развития открытых, сложных систем, можно продемонстрировать, что основные эффекты психотерапии обусловлены присутствием в используемых психотерапевтических технологиях универсальных и наиболее эффективных стратегий кризисного развития таких систем, которые связаны: с возвратом к общему «стволу», из которого берут начало несущие параметры порядка, с почти неизбежным пересмотром общих принципов их формирования; с существенным увеличением информационных стратегий, с умножением числа жизненных альтернатив, которые в русле синергетического подхода рассматриваются как необходимое условие выживания системы, двигающейся по катастрофическому сценарию развития; с возможностью развития компенсаторных структур (например, высоких уровней психологического здоровья), восполняющих дефицит ресурсных параметров порядка на этапах кризисного развития такой сложнейшей системы, которую представляет человеческая психика.

Соответственно, по результатам использования синергетического научного подхода могут быть разработаны универсальные модели эффективного психотерапевтического процесса с перспективами их внедрения в терапевтическую практику.

Полноценное использование данного подхода, как понятно из всего сказанного, возможно с развитием методов математического моделирования и их адекватным использованием в становящемся фронте психотерапевтической науки.

Группа методов комплексного анализа эффективности – это методы определения психотехнической, психологической, клинической, социальной, экономической эффективности, дающие представление о сравнительной эффективности инновационных и традиционных технологий профессиональной психотерапии, включая и организационные технологии и модели.

В качестве примера методологии такого комплексного анализа мы можем привести *технологию психотехнического анализа психотерапевтического процесса*, в которой центральное место занимают способы оценки эффективности используемых психотерапевтических технологий (макро, мета и структурированных психотерапевтических техник), но также – встраиваются и методы оценки психологической, клинической, социальной и экономической эффективности исследуемых психотерапевтических методов. Более подробно содержание и алгоритм реализации вышеприведенного комплексного подхода излагаются в специальном приложении к настоящему методическому руководству.

Группа специальных методов – эти методы обычно используются в комплексных исследованиях, в которых сфера профессиональной психотерапии затрагивается лишь косвенно, например, в аспекте специальной эпидемиологии либо в социологическом аспекте. Однако, возможны и такие варианты построения исследовательской программы, при которых тема профессиональной психотерапии здесь будет центральной (например, при исследовании метамодели социальной психотерапии).

Соответственно, в данную группу входят – *эпидемиологический метод*, со всеми многочисленными вариантами и технологиями его реализации; а также – *социологический метод* с весьма обширным инструментарием.

Наши рекомендации по настоящему разделу исследовательского проекта заключаются в том, что специалист-исследователь, при наличии удовлетворительной компетенции по всему разделу общей и специальной методологии проведения тематических исследований, всё же должен прибегать к консультативной помощи квалифицированных специалистов в определении наиболее приемлемых способов проведения статистического анализа, а также – технической помощи таких специалистов в проведении процедуры статистико-математического анализа, в

выведении сводных таблиц полученных данных. Это необходимо сделать в первую очередь для того, чтобы избежать непомерно высокой платы за ошибки, которые возможны при оформлении доказательной базы и которые могут перечеркнуть все многолетние усилия специалиста-исследователя или коллектива исследователей.

Далее, точно так же необходимо получить консультации от специалистов в области экспериментально-психологической диагностики, поскольку именно за счёт использования этих диагностических методов и отслеживается, в основном, динамика основного массива универсальных и специфических психотерапевтических мишеней, и, соответственно, определяется эффективность той или иной психотерапевтической технологии. В связи с этим чрезвычайно важным является достижение полного соответствия избираемых методов и инструментов экспериментально-психологической диагностики с учитываемыми признаками, которые должны быть адекватно идентифицированы и оценены. Поэтому, ещё на предварительной стадии исследования необходимо всеми силами предотвращать ситуацию, когда на завершающей стадии исследования вдруг выясняется, что использовались неадекватные или не совсем адекватные методы психологической диагностики, и этот факт так же может самым негативным образом повлиять на экспертную оценку полученных результатов.

В заключительном подразделе должны описываться те основные инструменты, которые используются в исследовании и которые являются обязательными техническими атрибутами избираемых методов исследования. Таким образом, инструменты исследования являются конечным звеном, с помощью которого получают цифровые или ранговые значения учитываемых признаков (количественных или качественных), отсюда выводится их значимость.

Чаще всего в качестве инструментов исследования, используемых в сфере профессиональной психотерапии, выступают структурированные опросники и оценочные шкалы, являющиеся атрибутами используемых клинико-психопатологических, экспериментально-психологических, социологических и микросоциологических, психотехнических и комплексных методов исследования. При описании этих инструментов обязательно нужно указывать, в ходе выполнения какого именно исследовательского компонента (задачи) и какие именно учитываемые признаки были идентифицированы и оценены с использованием соответствующих опросников, шкал или других инструментов.

3.2.3. Раздел «Анализ полученных данных; системное оформление результатов исследования»

Данный раздел в самом общем виде должен быть представлен: итоговыми схемами, диаграммами и таблицами, в которых должны быть представлены результаты статистико-математической обработки

первичной информации (в связи с этим очень важно, чтобы эти сводные иллюстрации были надлежащим образом оформлены и содержали максимально наглядный материал); корректной интерпретацией материалов, изложенных в сводных схемах, диаграммах, таблицах; промежуточными выводами по каждому исследуемому фрагменту, выводимому на основании соответствующей интерпретации.

При этом важно, чтобы общая структура главных подразделов такого анализа соответствовала задачам исследования и гипотетическим положениям, доказываемым настоящим исследованием. В этом случае системообразующий стержень исследовательского проекта подкрепляется ещё и чётким, последовательным изложением основных результатов исследования, которое, в сущности, представляет собой развернутую систему доказательств, выдвигаемых специалистом-исследователем гипотетических тезисов.

Наши рекомендации по оформлению настоящего раздела заключаются в том, чтобы наряду с чёткой систематизированной информацией здесь – разумеется, только в том случае, если исследовалась эффективность какого-либо психотерапевтического метода – были приведены также и соответствующие иллюстрации наиболее типичной терапевтической динамики с подробностями, которые интересны специалистам, действующим в сфере профессиональной психотерапии. Данный стиль изложения приветствуется экспертными группами и оставляет возможности для быстрой публикации монографии по материалам проведённого исследования, которая будет интересна не только узкому кругу экспертов и исследователей, но и более широкому кругу специалистов-психотерапевтов.

Кроме того, при изложении настоящего раздела следует избегать типичной ошибки специалистов, полагающих, что объёмы излагаемого здесь материала имеют какую-то самостоятельную ценность, и поэтому перегружающих данный раздел неуместными фрагментами из других разделов или явно избыточными деталями. Подобный стиль изложения, наоборот, отодвигает специалиста-исследователя от удовлетворительной оценки итогового документа, как экспертами, так и профессионалами, путающимися в нагромождении малозначительной и ненужной информации.

3.2.4. Раздел «Итоговое заключение»

Этот раздел представляет собой предельно сжатое изложение методологической преамбулы (начиная с обоснования актуальности и научной новизны) и результатов проведённого исследования. Последние – чётко структурированы по основным задачам исследования и, по сути, представляют собой развернутые выводы.

Данный раздел обычно готовится с таким расчётом, чтобы его содержание легло в основу реферата, который готовится по теме исследования, а также –

в основу научной статьи, в которой подводятся итоги проведённого исследования. В связи с этим уместен и такой критерий удачного выполненного заключения по завершённому исследовательскому проекту: заинтересованный специалист, ознакомившись только лишь с настоящим разделом, должен составить исчерпывающее представление об исследовательском проекте, достигнутых результатах и перспективах использования этих результатов в сфере развития профессиональной психотерапии.

Наши рекомендации по оформлению настоящего раздела сводятся к тому, чтобы специалист-исследователь ещё с «кабинетного» этапа исследования понимал значимость информационного потенциала данного фрагмента и планировал использовать этот потенциал максимально. Такая изначальная установка будет способствовать качественному оформлению раздела, но также и развитию навыков по представлению сущностного содержания проведённого исследования в сравнительно небольших объёмах текста.

3.2.5. Раздел «Итоговые выводы»

Настоящий раздел является наиболее кратким и в тоже время важным фрагментом завершённого исследовательского проекта, поскольку именно здесь излагаются главные тезисы в пользу доказательности гипотетических положений, выдвигаемых на начальных этапах исследования, и констатируется выполнение основных задач проекта. Достаточно сказать, что знакомство с материалами по завершённому исследовательскому проекту (речь здесь идёт и об экспертах, и о заинтересованных специалистах) часто начинается с прочтения раздела «Цели и задачи», и вслед за этим – итоговых выводов. И далее, уже под «углом» впечатления от этих начальных и конечных ключевых фрагментов проекта, специалисты и эксперты знакомятся с содержанием остальных разделов итогового документа.

В связи с этим при подготовке итоговых выводов нeliшне ещё раз убедиться в чётком выстраивании стержневой системы координат – тема исследования – цель – задачи – гипотетические положения – результаты – выводы, которая демонстрирует целостность и логику построения всего исследовательского процесса.

В случае если специалист-исследователь уделил должное внимание подготовке предыдущего фрагмента – итогового заключения – каких-то сложностей в формулировке концентрированных выводов по результатам проведённого исследования обычно не возникает. Здесь нужно стремиться только лишь к тому, чтобы эти формулировки содержали наиболее важные доказательные тезисы и аргументы, т. е. качество, которое обозначается как «полнота» выводов.

Далее, следует иметь в виду, что если какой-либо вывод по определённому фрагменту проведённого исследования представляется излишне «громозд-

ким», то этот вывод может дробиться на подпункты, соответствующие дифференцированным аспектам конкретного исследовательского фрагмента.

Перед ответственной презентацией по материалам завершённого исследовательского проекта перед экспертными группами (например, на заседании учёного совета ведущей научной организации или на защите диссертационного исследования) тема итоговых выводов исследования должна быть ещё раз основательно проработана с позиции всей методологии исследовательского процесса, завершившегося вполне закономерным и выводимым из этой методологии результатом.

Наши рекомендации по оформлению настоящего раздела сводятся к тому, чтобы специалист-исследователь всегда помнил ещё и о том, что раздел «итоговые выводы» демонстрирует способности и навыки специалиста в области системного мышления. Эти способности и навыки, конечно же, являются главным «инструментом» и несущей конструкцией всего исследовательского процесса. Вот почему в финальной части проекта так важно продемонстрировать тот факт, что с этим «инструментом» у специалиста было всё «в полном порядке», и что его статус «человека науки», таким образом, подтверждён.

3.2.6. Раздел «Практические рекомендации»

Данный раздел представляет собой важное свидетельство того, исследовательский проект спланирован на максимальную «долготу» и включает важнейший институциональный этап, т.е. продуманный план масштабного внедрения полученных результатов в сферу профессиональной психотерапии (практику, науку, профессиональное образование). Далее, наличие и удовлетворительная проработанность настоящего фрагмента исследовательского проекта свидетельствуют и о том, что его автор-исполнитель хорошо представляет себе конечную цель прикладной науки – совершенствование сферы профессиональной психотерапии и, конкретно, – итогового качества оказываемой психотерапевтической помощи.

В связи с этим в настоящем разделе должны быть инвентаризированы и отражены все перспективы, которые возникают в сфере профессиональной психотерапии при получении новых знаний и привнесении этих знаний в практику.

Структура и содержание рассматриваемого раздела выстраиваются на основании тезисов, изложенных в общей части исследовательского проекта в подразделе «Практическая значимость исследования». И далее, насколько этот вопрос в действительности проработан, содержание каждого тезиса раскрывается в соответствующих блоках раздела «Практические рекомендации».

Специалисту-исследователю при подготовке данного раздела важно понимать, что эти материалы могут лечь в основу методических рекомендаций, публикуемых по теме исследовательского проекта.

Так, например, если речь идёт об исследовании сравнительной эффективности какого-либо экспериментального психотерапевтического метода, то это может быть методическое руководство по использованию данного метода в адресных клиентских группах, и плюс к этому – методические рекомендации по соответствующей профессиональной подготовке специалистов-психотерапевтов.

Наши рекомендации здесь заключаются в том, что раздел «Практические рекомендации», который, конечно же, является полноценным и весьма важным компонентом исследовательского проекта, можно рассматривать и как некий пролог масштабного профессионального успеха автора-исследователя. Отсюда, собственно говоря, и должна выводиться степень заинтересованности исследователя в подготовке «идеального» варианта данного раздела и последующей трансформации подготовленного текста в весомые практические дивиденды.

3.3. Заключительная часть исследовательского проекта представлена следующими разделами.

3.3.1. Раздел «Конгломерация и архивирование данных»

Данный раздел обычно не анонсируемый в структуре и в основных документах проекта, тем не менее, выполняет важную функцию подготовки к промежуточной и итоговой экспертизе. Специалисту-исследователю важно помнить о том, что в любой момент, в том числе и после завершения исследования, могут потребоваться первичные и сводные материалы по каждому фрагменту исследовательского проекта для проведения промежуточной, итоговой или повторной экспертизы. Кроме того, проведение экспертизы первичных материалов исследования является обязательной процедурой при получении допуска к защите диссертационной работы.

Проведение экспертизы первичных материалов (обычно это промежуточная и итоговая экспертиза) требует того, чтобы эти первичные материалы – заполненные опросники, анкеты, шкалы, заключения специалистов по всем разновидностям диагностических процедур, исследовательские карты на клиентов/ пациентов экспериментальных и контрольных групп, а также сводные таблицы первичных результатов – были систематизированы по видам первичной информации, а также – по основным фрагментам исследования. То есть, это может быть двойная или даже тройная конгломерация первичных данных, что является абсолютно нормальным и серьёзно облегчает экспертам их задачу. При этом необходимо стремиться к тому, чтобы организованная информация была представлена на дублируемых электронных носителях (электронные формы исследовательской карты, сводные таблицы, схемы, диаграммы), но также – и на бумажных носителях, что гарантирует её сохранность. Наличие такой системно-организованной информации является признаком высокой

профессиональной культуры специалиста-исследователя и позитивно оценивается экспертными группами.

Далее, необходимо, чтобы все документы по исследовательскому проекту, начиная от аннотации, до итогового отчёта (см. раздел 2 настоящего методического руководства), а также все протоколы проведённых экспертиз, отзывы рецензентов и оппонентов так же были сохранены на дублируемых электронных носителях и в бумажных оригиналах.

По мере реализации исследовательского проекта необходимо собирать все опубликованные материала (научные статьи, монографии, тезисы в тематических сборниках и пр.) и так же архивировать эти тематические материалы с выходными данными – как на электронных носителях, так и в оригинальных изданиях.

Таким же образом должны быть архивированы: общий список презентаций по теме исследовательского проекта на конгрессах, конференциях, симпозиумах и других научных собраниях; а также – список внедрения (при наличии таковых) результатов исследования в практику профессиональной психотерапии. К последнему списку, при наличии такой возможности, должны прилагаться акты внедрения, подготовленные по той форме, которая принята в соответствующей практике – терапевтической, образовательной, научной.

Наши рекомендации по данному разделу состоят в том, чтобы систематизированный архив сведений, относящийся к исследовательскому проекту, был наилучшим образом подготовлен к выполнению своей главной функции: предоставлению всех сведений о проекте в самом удобном и понятном для пользователей формате; подтверждению всех результатов и выводов проведённого исследования первичной документацией, протоколирующей этапы, фрагменты и конкретные технические действия по выполнению поставленных исследовательских задач.

Выполнение этих рекомендаций в полном объёме, безусловно, придаст специалисту-исследователю необходимую степень уверенности перед процедурой итогового контроля и заключительной презентацией результатов исследования на соответствующих заседаниях ученого и диссертационного советов.

3.3.2. Раздел «Публикация результатов научного исследования»

Данный раздел обычно не выделяется в самостоятельный фрагмент и представлен одним или несколькими пунктами в календарном (индикативном) плане, подготовленном по основному структурированному документу исследовательского проекта. Вместе с тем, публикации промежуточных и итоговых результатов проведённого исследования – это требующая специального внимания специалиста-исследователя процедура. Ибо только за счёт реализации специальной информационной стратегии можно

довести до профессиональной общественности (а не только до экспертных и специальных исследовательских групп) результаты проведённого исследования в той форме, которая для них наиболее приемлема.

Наиболее оптимальной здесь представляется такая стратегия публикации основных результатов исследования, когда в первую очередь готовятся выверенные научные статьи, которые, затем, отправляют в периодические научные журналы с высоким импакт-фактором. Здесь следует иметь в виду, что сроки публикации статейного материала в этих журналах могут затягиваться в силу существующей очередности и особенно это касается изданий, публикации в которых учитываются Высшей Аттестационной Комиссией Российской Федерации (ВАК РФ). Далее, (а возможно и одновременно с научными статьями, если у специалиста-исследователя хватает на это желания, времени и сил) готовятся менее строгие и, соответственно, более акцентированные на технологическую часть статьи для профессиональных психотерапевтов. Эти статьи можно быстро опубликовать в менее рейтинговых журналах или интернет-изданиях с гарантией, что они достигнут своего адресата. И в завершении исследовательского проекта, при наличии у специалиста-исследователя уверенности в востребованности такого «продукта», выпускается монография. Монографию лучше всего оформлять таким образом, чтобы все основные группы «пользователей» – специалисты-исследователи, специалисты-практики, специалисты, действующие в сфере профессионального образования, – были удовлетворены. В связи с этим разделы монографии, посвящённые подробному описанию инновационного психотерапевтического метода или стратегии, а также вопросам профессиональной подготовки по данной спецификации, должны быть существенно расширены и «обогащены» необходимыми деталями и примерами. Соответственно, раздел «Материалы и методы исследования» здесь может быть несколько сокращён, в сравнении с итоговым отчётом по проведённому исследованию, но основные его компоненты должны присутствовать и давать чёткое представление о методологии исследовательского процесса.

Специалист-исследователь, если он собирается выдвигать свою научную работу на соискание учёной степени (в настоящее время это может быть учёная степень в области медицинских или психологических наук) должен быть в курсе того, какие требования к публикациям по теме исследования – количественные и качественные – предъявляются ВАК РФ, и выстраивать стратегию публикации своих научных трудов в соответствии с этими требованиями. Крайне желательно, чтобы такая стратегия формировалась ещё на стадии исследовательского проекта, а не в его завершении. В последнем случае процесс получения учёной степени может затянуться на месяцы или даже годы.

Общий список публикаций по теме проекта со всеми выходными данными, а также оригиналы соответствующих изданий должны храниться в специальном разделе архива проекта научного исследования.

Наши рекомендации к оформлению настоящего раздела заключаются в том, чтобы специалист-исследователь ещё со стартовых позиций проекта нацеливался на успешное выполнение важной pragматической задачи – доведения результатов своего научного труда до профессиональной общественности в наиболее приемлемом виде. Что в свою очередь способствует признанию за специалистом такого профессионального статуса, который соответствует его вкладу в развитие профильной науки, практики и образования.

3.3.3. Раздел «Презентация результатов научного исследования»

Данный раздел так же не выделяется, как самостоятельный фрагмент научного исследования и обычно представлен одним или несколькими пунктами в календарном плане исследовательского проекта. Основная функция данного компонента исследовательского проекта – коммуникативная. Наличие продуманного плана презентаций промежуточных и итоговых результатов исследования свидетельствует об открытой позиции, готовности специалиста-исследователя к тематическому общению с экспертным и более широким профессиональным сообществом, адекватной установке на получение обратной связи от экспертных групп. Всё это, безусловно, желательное (а в случае оформления диссертационного исследования – и обязательное) условие продвижения исследовательского проекта к профессиональному признанию его значимости.

Практика предварительных презентаций по теме исследовательского проекта позволяет специалисту-

исследователю чувствовать себя достаточно уверенно перед любой аудиторией, понять какие вопросы интересуют профессиональную аудиторию, а иногда и обнаружить «слабые места» в логике выстраивания тематических сообщений или даже всей проектной конструкции.

В любом случае такие публичные апробации по теме проекта необходимы с тем, чтобы основательно подготовиться к итоговым презентациям на учёном совете ведущего научного учреждения (предзащиты) или диссертационном совете (защита научного исследования на соискание ученой степени).

Общий список презентаций по теме исследовательского проекта на престижных конгрессах, съездах или конференциях с официальными программами этих мероприятий должен храниться в научном архиве специалиста-исследователя.

К итоговой презентации результатов на предзащите и защите диссертационного исследования следует готовиться по специальному плану, желательно с постоянной обратной связью от научного руководителя (консультанта), который поможет смоделировать возможные вопросы от оппонентов и членов диссертационного совета и даст необходимые рекомендации по оформлению визуальной части докладов ученом и диссертационном советах.

Наши рекомендации по рассматриваемому компоненту исследовательского проекта сводятся к тому, чтобы презентации по теме исследования, как и тематические публикации, рассматривались как важная часть общей информационной стратегии, направленной на успешное завершение проекта и достижение конечного результата – масштабное внедрение полученных результатов в практику профессиональной психотерапии.

(продолжение следует)

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ОБЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПАЦИЕНТАМИ

А.К. Самиева

специалист по социальной работе РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар, Казахстан

Развитие рыночной экономики и рыночных отношений привели к увеличению числа разнообразных медицинских учреждений (в том числе платных), что усилило конкуренцию между ними. Современным обществом медицина всё больше стала восприниматься как сфера оказания услуг [1, с. 1].

Сегодня в Казахстане в результате реформирования системы здравоохранения происходят большие изменения. С января 2017 года бесплатная медицина может сделать шаг навстречу платной. Вводится новая система оплаты медицинских услуг и переход к страховой медицине.

Внедрение обязательного социального медицинского страхования позволит обеспечить солидарную ответственность государства, работодателей и граждан за здоровье, а также повысить качество и доступность медицинских услуг, в первую очередь, за счет приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, развития частной медицины и повышения конкуренции между медицинскими организациями.

По оптимистичным ожиданиям это позволит установить в отрасли принцип финансирования здравоохранения за счёт средств государства, работодателя, гражданина и иных источников и обеспечит солидарную ответственность участников системы в сохранении здоровья.

Граждане будут иметь право выбора организации первичной медико-санитарной помощи в системе обязательного социального медицинского страхования.

Следовательно, пациенты лечебных учреждений будут больше осознавать свои права на получение качественной медицинской помощи. При этом предъявлять повышенные требования не только к качеству и результатам медицинского обслуживания, но и к содержанию самого процесса [1, с. 1].

Взаимодействие между медицинскими работниками и пациентами является решающим элементом в системе улучшения качества оказания медицинской помощи. Весь медицинский персонал участвует в процессе общения лицом к лицу, поэтому хорошие навыки межличностного общения могут способствовать достижению успеха при осуществлении первичной медико-санитарной помощи. Современная медицина ориентируется на лечение, прежде всего, пациента, а не болезни. Работа с больными

заключается не только в лечении физических недугов, но и в умении разобраться с психологией пациента [2, с. 1]. В связи с этим существует необходимость формирования гармоничной личности современного медицинского работника и усвоения навыков межличностных отношений, психологически грамотной работы с больными, направленной на повышение качества жизни пациентов.

Имеет значение традиционная недооценка медицинами психической стороны соматического заболевания и переоценка технических возможностей медицины. При этом своеобразие личности больного человека, его психическое состояние, и их влияние на характер и динамику заболевания учитывается недостаточно. Также и внедрение компьютерных технологий в диагностический и лечебный процесс привело к изменению отношений в системе «врач – пациент» [1, с. 1]. В обиходе часто приходится слышать о «хорошем» или «правильном» обращении с пациентом. И в противовес этому, к сожалению, приходится слышать о «бездушном», «плохом» или «холодном отношении к больным людям. Важно отметить, что различного рода жалобы, возникающие этические проблемы свидетельствуют об отсутствии необходимых психологических знаний, а также практики соответствующего общения с пациентами со стороны медицинского персонала.

Например, врач склонен искать, прежде всего, объективные признаки заболевания. Он старается ограничить анамнез для дальнейшего определения предпосылок для последующего соматического исследования и т.д., а для пациента в центре внимания и интересов всегда стоит его субъективное, личное переживание болезни. В связи с этим врач должен рассматривать эти субъективные ощущения как реальные факторы. Он должен постараться прочувствовать или уловить переживания больного, понять и оценить их, отыскать причины тревог и переживаний, поддерживать их положительные стороны, а также использовать их для более эффективного содействия больному при его обследовании и лечении.

Эти и другие факторы привели к осознанию необходимости организации специальной подготовки будущих врачей к профессиональной коммуникации и формированию коммуникативной компетентности. Для того чтобы помочь медицинским работникам соответствовать изменившимся требованиям

времени нужно более углубленное обучение в этом направлении.

За период с 2014 по 2016 годы совместно с Академией последипломного образования кадров в здравоохранении (г. Астана) было организовано обучение на тему «Навыки межличностного общения» в поликлиниках городов Караганда, Актау, Тараз медицинских сестер, врачей, психологов и социальных работников.

Целью проведения семинара по тематике межличностного общения являлась подготовка медицинских работников к осуществлению такого важного вида деятельности, как эффективное общение с пациентами и общения между собой. При проведении обучения медиков были использованы чётко выверенные, ясно представленные важные концепции, методики и упражнения. Этот обучающий модуль был разработан в рамках Проекта USAID «Качественное здравоохранение» в 2013 году, «Тренинг для тренеров межличностного общения и обучения взрослой аудитории». В данном модуле рассматриваются 6 основных навыков межличностного общения (МЛО):

- 1) определение и реакция на ценности и восприятия. Понимание своих ценностей и восприятия является важным для хорошего общения. Понимая собственные ценности, мы можем лучше оценить и уважать опыт, который формирует ценности наших пациентов;
- 2) практика верbalного общения. В этом разделе рассматривается важность подходящего простого языка – вербальном поведении при встрече с пациентами;
- 3) практика невербального общения. Влияние языка тела, жестов на общение с пациентами-клиентами. Методы невербального общения;
- 4) активное слушание. Тест «Самооценка умения слушать»;
- 5) эффективное ведение беседы. Отражение (отзеркаливание) чувств пациента, похвала и поощрение. Умение задавать вопросы. Обратная связь;
- 6) использование ресурсов и вспомогательных материалов. Необходимо надлежащим образом использовать материалы и средства информации.

Медицинские работники могут улучшить процесс взаимодействия с пациентом посредством эффективного использования печатных материалов, а также средств массовой информации.

Каждый раздел обучения состоит из теоретической и практической части. В процессе обучения используется тренинговый, интерактивный формат работы. В начале и конце семинара проводился предварительный тест самооценки навыков МЛО (см. приложение 1).

Участники самостоятельно подсчитывали баллы и делали выводы. Медицинские работники после

каждого семинарского занятия получали самостоятельные задания, которые применяли сразу на практике. Каждый день обменивались полученным опытом. Они отмечали, что межличностное общение в работе стало гораздо эффективнее, что повлияло на качество оказания медицинских услуг пациентам-клиентам.

Таким образом, успешное взаимодействие во многом зависит от характера и качества межличностной коммуникации. Это особенно важно учитывать в процессе подготовки медицинских работников, работа которых имеет ряд отличительных особенностей:

- деятельность медицинского работника предполагает интенсивное взаимодействие с большим количеством пациентов;
- профессиональная деятельность предполагает взаимодействие и общение с разными категориями людей, имеющими этнические, гендерные, возрастные, социокультурные, профессиональные, индивидуальные особенности; разный уровень образованности и информированности;
- деятельность медицинского работника осуществляется в непосредственном контакте с пациентом;
- медицинский работник работает в интимной зоне пациента, что может вызвать напряжение, сопротивление больного человека и ряд психологических защит;
- профессиональная деятельность осложняется работой с людьми, испытывающими: на somатическом уровне – боль, на психологическом уровне – тревогу и страх;
- профессиональная коммуникация врача требует искусства убеждения и переубеждения, воздействия на мотивационную, когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферу пациента;
- эффективность профессиональной деятельности зависит в максимальной степени от удовлетворённости пациента оказанной услугой и благоприятного впечатления от процесса взаимодействия с врачом;
- максимальная степень удовлетворённости пациента и благоприятное впечатление от процесса взаимодействия с врачом способствует установлению долговременных отношений;
- успешная коммуникация с пациентом способствует созданию положительного имиджа специалиста, что увеличивает количество клиентов [1, с. 2].

Профессионально важные коммуникативные качества медицинских работников, как коммуникативная толерантность, эмпатический отклик, способность к восприятию и пониманию партнера по общению, нуждаются в развитии. Следовательно, не-

обходится осуществлять целенаправленную работу по развитию коммуникативной компетентности в медицинских учреждениях, но здесь имеет место недостаточная или слабая работа социально-психологической службы в данном направлении. Психологи и социальные работники в основном заняты работой с населением, документацией. Также влияют и другие препятствия: нехватка времени, недостаточно компетентные подходы, молодой возраст и, не восприятие психологов и социальных работников со стороны высших медицинских работников.

Поэтому представляется важным проводить семинарские занятия с медицинскими работниками в интерактивной форме (дискуссия, тренинги, деловая игра, тестирование, упражнения), где бы применялись интерактивные технологии обучения. Проведение лекций с обязательным установлением обратной связи с аудиторией. Необходимо постоянно осуществлять обогащение знаний персонала по проблемам коммуникации. Эффективные коммуникативные навыки и профилактика эмоционального сгущения – главные на сегодня мишени психологической работы с медицинским персоналом.

Список использованной литературы:

1. Асимов М.А., Марданова Ш.С. *Психологические основы формирования коммуникативной компетентности современного врача [Электронный ресурс]* // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2014. – № 6 (29).
2. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2010. – Выпуск № 2.
3. Жангерева Г. *Казахстанская правда [Электронный ресурс]*.
4. Руководство для тренера по проведению семинара по межличностному общению для медицинских работников. Проект USAID «Качественное здравоохранение».

Приложение 1

ТЕСТ Самооценка навыков МЛО [3]

| Когда я встречаюсь с пациентом, я... | Никогда | Редко | Время от времени | Обычно | Всегда |
|--|---------|-------|------------------|--------|--------|
| 1. Здороваюсь с пациентом | | | | | |
| 2. Внимательно слушаю пациента так, чтобы он чувствовал себя комфортно | | | | | |
| 3. Вызываю пациента на откровенный разговор | | | | | |
| 4. Задаю вопросы, на которые пациент может ответить | | | | | |
| 5. Сохраняю нейтралитет и не осуждаю поведение пациента в сложившейся ситуации | | | | | |
| 6. Проявляю заинтересованность в пациенте | | | | | |
| 7. Шучу, чтобы пациент не чувствовал себя скованно | | | | | |
| 8. Хвалю пациента, когда он/она делает верные выводы | | | | | |
| 9. Перефразирую наиболее важные, поднятые пациентом, проблемы | | | | | |
| 10. Говорю на подходящем языке, пользуясь терминами пациента | | | | | |
| 11. Говорю просто и просто объясняю | | | | | |
| 12. Даю информацию без критики и осуждения | | | | | |
| 13. Не навязываю собственного мнения, чтобы влиять на пациента | | | | | |
| 14. Понимаю ценности пациента и его/ее стандарты | | | | | |
| 15. Улыбаюсь. Дружелюбен (на) и вежлив (а). | | | | | |

| Когда я встречаюсь с пациентом, я... | | Никогда | Редко | Время от времени | Обычно | Всегда |
|---|--|----------------|--------------|-------------------------|---------------|---------------|
| 1. | Даю пациенту чувствовать, что рад/а его визиту | | | | | |
| 2. | Проявляю уважение к пациенту | | | | | |
| 3. | Общаюсь с пациентом без спешки | | | | | |
| 4. | Уважаю убеждения пациента | | | | | |
| 5. | Использую знакомые пациенту слова | | | | | |
| 6. | Обращаюсь к пациенту по имени | | | | | |
| 7. | Одобряю правильные действия пациента | | | | | |
| 8. | Проявляю озабоченность проблемами пациента | | | | | |
| 9. | Устанавливаю хороший зрительный контакт | | | | | |
| 10. | Использую подходящий язык тела | | | | | |
| ОБЩИЙ БАЛЛ: _____ | | | | | | |

Ключ для подсчета баллов:

За каждый ответ «Всегда» – поставьте себе 4 балла.

За каждый ответ «Обычно» поставьте себе 3 балла.

За каждый ответ «Временами» поставьте себе 2 балла.

За каждый ответ «Редко» поставьте себе 1 балла.

За каждый ответ «Никогда» поставьте себе 0 балла.

Интерпретация баллов

- Если Вы набрали 50 и меньше баллов, то Вам необходимо упорно работать для улучшения своих навыков межличностного общения.
- Если Вы набрали от 50 до 85 баллов, то Вы владеете навыками межличностного общения среднего уровня. Уточните для себя области, в которых Вам необходимо усовершенствоваться. Составьте список и повесьте на видном месте, чтобы напоминать себе об этом. Вы используете навыки при определенных обстоятельствах, но должны анализировать ситуации, когда Вы их не используете и обратить на это внимание.
- Если Вы набрали от 85 до 100 баллов, то Вы владеете хорошими навыками межличностного общения и, должно быть, успешно общаетесь со своими пациентами.

Так держать!