
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XXII

№ 3

2016

Москва – Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков;
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;
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. Рессинский; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов; кандидат медицинских наук Ж.К. Мусабекова

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); А.Е. Кожахметов (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук М.К. Телеуов (Астана)

Регистрационное свидетельство № 8864-Ж от 14.12.2007 г.

выдано Министерством культуры и информации

Республики Казахстан

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

Министерством Российской Федерации по делам печати,

телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Журнал основан в 1995 году

Периодичность: ежеквартально

Подписной индекс журнала в АО «Казпочта» – 74753

Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200

Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93

E-mail: neovitae@mail.ru

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

Бикетова Л.А., Исакова И.Р., Юсопов О.Г.

Проведение психокоррекционной работы среди учащихся 9-11 лет общеобразовательных школ с рисками вовлечения в социальные эпидемии (методические рекомендации)

5-33

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

Катков А.Л.

Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии (методическое руководство) (продолжение)

34-61

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

ПСИХИАТРИЯ

Катков А.Л.

Эпистемологический анализ наук о психике: истоки и перспективы преодоления системного кризиса

62-63

Молчанов С.Н.

Возможности деинституционализации и реформирования больничного сектора в области психического здоровья в Республике Казахстан

64-67

НАРКОЛОГИЯ

Прилуцкая М.В., Аяганова Д.Е.

Новые вызовы наркотического рынка: основные характеристики синтетических катинонов

68-70

**Том XXII
№ 3
2016 год**

Резюме

71-72

**выходит
4 раза в год**

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY

I ECOLOGII

FOUNDERS:

TABLE OF CONTENTS

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

**Volume XXII
№ 3
2016**

**Published 4 times
in a year**

PSYCHOTHERAPY

Biketova L.A., Iskakova I.R., Yusopov O.G.

Carrying out psychocorrectional work among pupils of 9-11 years of secondary schools with the risks involved in social epidemics (methodical recommendations) 5-33

Katkov A.L.

The methodology of scientific research in the field of professional psychotherapy (methodological guidance) (continued) 34-61

PSYCHIATRY

Katkov A.L.

Epistemological analysis of psychological sciences: the origins and prospects of overcoming a systemic crisis 62-63

Molchanov S.N.

Possibilities of deinstitutionalization and reform hospital mental health sector in the Republic of Kazakhstan 64-67

NARCOLOGY

Prilutskaya M.V., Ayaganova D.E.

New challenges of drug market: the main characteristics of the synthetic cathinone 68-70

Summary

71-72

ПСИХОТЕРАПИЯ

ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ 9-11 ЛЕТ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ С РИСКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (методические рекомендации)

Л.А. Бикетова, И.Р. Исакова, О.Г. Юсопов

В методических рекомендациях рассматриваются различные виды химических и нехимических зависимостей, с акцентом на основную категорию вовлекаемых лиц – детей и подростков. Приводятся сведения о распространённости данных видов аддиктивного поведения среди детей и молодёжи Республики Казахстан. Рассматриваются механизмы вовлечения в зависимое поведение. Основное внимание уделяется инновационным технологиям диагностической и психокоррекционной работы среди учащихся 9-11 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

В последние десятилетия общество волнуют темпы и масштабы распространения таких социальных явлений, как химическая и нехимическая зависимость. Наряду с уже имеющимися проблемами вовлечения населения Казахстана в наркотическую и алкогольную зависимость, надвигается гребень новой социальной волны под названием «психологические зависимости». Среди них – вовлечение в криминальные сообщества и деструктивные секты, игровая и компьютерная, в том числе интернет-зависимость. Темпы и масштабы распространения данного явления свидетельствуют о недостаточной эффективности противодействующих усилий. В частности – об очевидной слабости или даже об отсутствии концептуального видения способов эффективной первичной профилактики вовлечения населения в орбиту химических и нехимических аддикций [3, 31].

Таким образом, цель, стоящая перед специалистами, работающими с проблемами зависимостей сегодня, является снижение рисков формирования, развития и распространения химических и нехимических аддикций среди населения Казахстана.

Главной целевой группой в проблеме профилактики вовлечения в химические и психологические зависимости являются дети и молодёжь. Поскольку эксперименты с наркотиками, алкоголем, другими ПАВ, а так же разными формами поведения начинаются в переходном возрасте.

Как показывают исследования, наиболее эффективными являются школьные программы профилактики. Поэтому 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.

Задача специалистов, работающих в данной проблеме, – предотвратить или отсрочить раннее употребление психоактивных веществ (ПАВ) среди детей и молодёжи. Не допустить процесса перехода от экспериментального употребления ПАВ к злоупотреблению. Формировать личность, устойчивую к вовлечению в любого рода зависимости.

Перечислим принципы эффективных и рациональных стратегий для борьбы с социальными эпидемиями (химическими и нехимическими аддикциями) в школьной среде.

1. Поскольку молодёжь не является однородной группой, то необходимо индивидуальное обращение.
2. Не все молодые люди находятся в группе риска, поэтому профилактические программы должны охватывать широкую аудиторию, но сосредотачиваться на группах высокого риска (например, «прогульщики», слабо успевающие дети, часто и длительно болеющие, маргиналы, дети из бедной среды без жизненных перспектив, дети из семей безработных, беженцев, переселенцев, представители меньшинств и др.).
3. Некоторые молодые люди, например, беспризорники и не посещающие школу, более уязвимы, по сравнению со своими сверстниками.
4. Кроме того, опыт показал, что необходимо оказывать помощь молодым людям в развитии их потенциала, давая возможность приобретения новых знаний (образование, работа и т.д.), создавая благоприятные условия (включая юридическую, медицинскую и психологическую помощь) и возможности для участия в важных для них процессах.

Технологии программ первичной профилактики вовлечение детей и молодёжи в химические и нехимические формы аддикций:

- постоянный мониторинг уровней рисков вовлечения в химическую и нехимическую зависимость в разных возрастных группах;
- подача грамотной и своевременной информации для целевых групп (ученики, родители, сотрудники школы) об опасностях конкурирующих жизненных сценариев;
- диагностика групп повышенного риска в различных возрастных, профессиональных и других группах с использованием специальных диагностических программ и скринингов;
- технологии целенаправленной консультативной, тренинговой, психокоррекционной и психотерапевтической работы с учащимися, родителями, сотрудниками школы с использованием специальных комплексных профилактических программ;
- информационные технологии.

Сотрудниками Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар) была предпринята попытка на основе собственных исследований и лучших мировых практик создать программу первичной профилактики вовлечения школьников в орбиту зависимости.

Адресатами данных методических рекомендаций являются все, кто занимается профилактикой проблемного поведения школьников, особенно профилактикой формирования и развития аддиктивного поведения.

Часть I.

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

В отношении мониторинга наркоситуации мировым сообществом достигнуты определённые успехи.

Так, по данным UNODC, масштабы незаконного потребления наркотиков в мире оставались стабильными в течение 2005-2010 годов включительно, и составляли от 3,4 до 6,6% взрослого населения (лиц в возрасте 15-64 лет). В тоже время примерно 10-13% потребителей наркотиков являются проблемными потребителями [13]. По данным CADAP (Программы по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии), в странах Центральной Азии примерно 400 000 постоянных пользователей опиатных наркотиков, что означает, что ежегодный коэффициент частоты заболеваемости опиатной зависимостью составляет 1% от всего взрослого населения (средний мировой коэффициент зависимости от опиоидов – 0,4%). Самыми распространёнными наркотиками в регионе являются производные опиума и героина, поскольку Казахстан является стра-

ной-транзитором провоза наркотиков из Афганистана в Россию и Европу. Однако появляется также информация о росте употребления марихуаны и летучих растворителей среди молодёжи.

Исследования в области химических зависимостей свидетельствуют о том, что 1 случай смерти из 100 среди взрослого населения связан с незаконным потреблением наркотиков.

Возрастает также количество лиц, заражённых ВИЧ-инфекцией. Согласно данным CADAP, внутреннее употребление опиатов увеличило количество лиц, заражённых ВИЧ/СПИДом в стране.

В отношении нехимических аддикций научные исследования не столь значительны. Мониторинг ситуации распространения нехимических зависимостей в стране никогда не проводился.

Точных данных о количестве лиц, вовлекаемых в деятельность деструктивных культов и сект, а также экстремистских организаций, 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 постсоветского пространства. Многие из них маскируются под общественные организации, оказывающие помочь социально уязвимым группам населения [32]. О масштабах распространения экстремизма можно судить по данным о беспрецедентных темпах роста террористических актов в мире: за последние 30 лет было совершено более 10 тысяч террористических актов, только широко известных и нашедших отражение в средствах массовой информации [33].

Многие исследователи считают серьёзной социальной проблемой азартные игры, как один из видов аддиктивного поведения [6]. По мнению Л.Н. Юрьевой, широкому распространению этой формы зависимого поведения в странах постсоветского пространства способствует то, что страсть к лёгкой на живе стала всеобщей морально допустимой, общественно одобряемой и интенсивно пропагандируемой средствами массовой информации и другими инструментами рекламы [79]. 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 меньше, чем в 2 раза и достигает показателя в 2,8%-8% (Дмитриева и Положий, 2009). В США более 5 миллионов человек относятся к патологическим игрокам, а ещё 15 миллионов – к группе риска. По данным R.A. Volberg [82], в США 5% игроков относятся к аддиктивным игрокам, жизнь которых полностью зависит от игровых автоматов. 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 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% [19].

В связи с массовой компьютеризацией большинства сфер нашей жизни в стране и мире появилась ещё одна проблема – компьютерная аддикция. У людей с компьютерной зависимостью стирается грань между реальной и виртуальной жизнью, причём виртуальная 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% [84].

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 было проведено широкомасштабное исследование рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции среди учащейся молодёжи (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 напит-

ков 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%, госпитализацию – 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, травма или несчастные случаи отметили 1,1% респондентов, на серьёзные проблемы с родителями и с друзьями указали 1,6% и 1,3%, 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%, 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 пощертования; 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 суперодухотворённое) 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 «недуховности») [66].

Среднюю степень религиозной аддикции имеют 49,1% опрошенных лиц. Вероятнее всего, это лица с колеблющейся 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 [80].

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 к мирским нормам и ценностям [80].

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. Наиболее распространёнными из них являются «потеря контроля» над временем, проведённым за компьютером, невыполнение обещаний, данных самому себе или другим касаюmo уменьшения времени, проведённого за компьютером, намеренное пре-

уменьшение или ложь относительно времени, проведённого за компьютером, утрата 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 характеризуется 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 так же малоутешительны. 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 всё поведение игрока является несамостоятельным, вынужденным, несвободным, полностью подчинённым внутренней зависимости от игры и от своего желания играть [2].

Уровень с возможными негативными последствиями определен 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.

В связи с этим, эффективная стратегия обеспечения безопасности восходящего поколения должна предусматривать целенаправленную и профессионально организованную деятельность по выявлению

и снижению такого рода рисков. 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 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 психологическую зависимость у каждого тестируемого, с выдачей наиболее оптимальных рекомендаций по снижению данных рисков.

Часть II. Теоретические основы создания программ профилактики

Для разработки программы профилактики в отдельно взятой школе или регионе необходимо решить для себя ряд существенных моментов (рисунок 1):

- Каков характер и объем ситуации/проблемы?
- Какие вмешательства могут затронуть ситуацию/проблему?
- Какая целевая аудитория должна быть подвержена вмешательствам?
- Достигает ли вмешательство целевой аудитории?
- Осуществляется ли вмешательство в соответствии с планом?
- Является ли вмешательство эффективным?

Для получения стойкого долгосрочного положительного результата следует сосредоточить профилак-

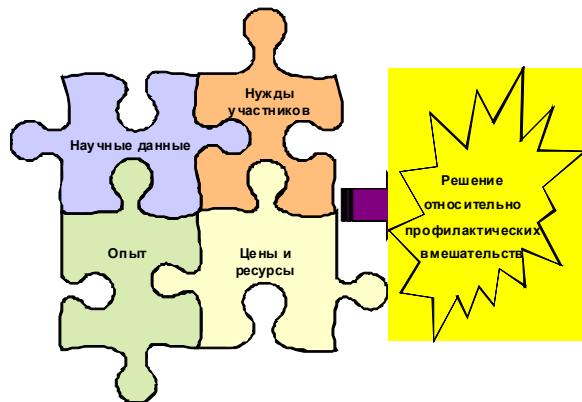


Рисунок 1. *Решения относительно профилактических вмешательств*

тическую деятельность на пяти основных объектах: личность, семья, сверстники, школа и общество [9].

Исследования показывают, что, если направить программу профилактики сразу на несколько объектов, то её эффективность заметно возрастёт (рисунок 2).

Профилактические усилия, направленные на личность, выполняются за счёт уменьшения факторов риска и/или усиления факторов защиты вовлечения в орбиту зависимости [5, 7, 8]. То есть необходимо найти такие характеристики, на которые можно эффективно воздействовать в краткосрочной и среднесрочной перспективе, и на их основе выстроить адекватные мишени для соответствующих профилактических программ.

В 1970 и 1980 годах профилактика была организована, как первичная, вторичная и третичная.

Институт Медицины (США) предложил новую систему классификации профилактики, которая была одобрена Национальным институтом злоупотребления наркотиками (NIDA, 1997). В соответствии с этой классификацией профилактика делится:

- на универсальную;
- на селективную (избирательную);
- на индикативную (по показаниям).

Эта система классификации проводит чёткую границу между профилактикой вовлечения в зависимое поведение и лечением.

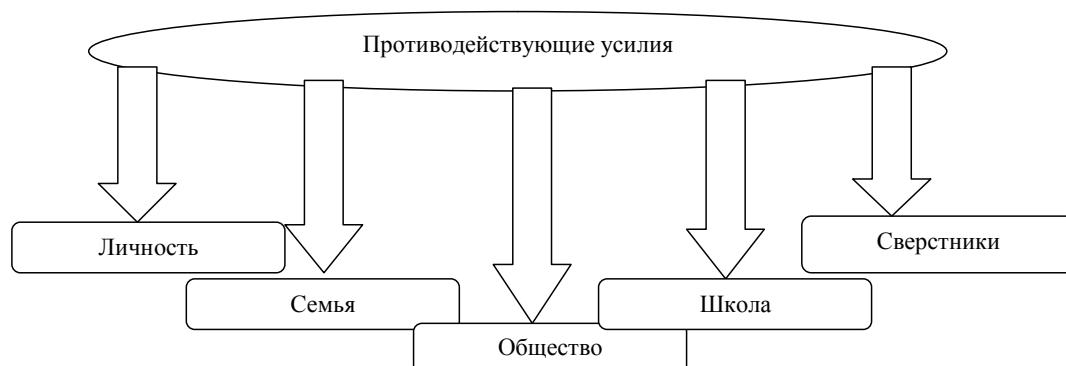
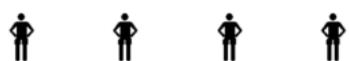


Рисунок 2. *Целевые мишени воздействия программ профилактики*



Стратегия **универсальной профилактики** направлена на всё население, которое имеет общий риск вовлечения в орбиту зависимости.

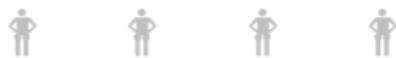


Особенности универсальной профилактики:

- индивидуальный риск в универсальной профилактике не оценивается;
- предназначена для каждого члена общества;
- проводится профилактика в большой группе людей при относительно небольшой стоимости на человека.



Программы **селективной (избирательной) профилактики** направлены на конкретные группы людей, у которых риск считается более высоким, чем у других. Например:



- программы обучения и тренинга жизненных навыков, созданные специально для детей из неблагополучных семей (например, семей алкоголиков);

- наставничество, обучающие, спортивные и юношеские лидерские программы для тех, кто отстает в школе или прогуливает занятия;
- тренинг культурной компетентности для молодёжи с низким уровнем дохода.

Особенности селективной (избирательной) профилактики:

- обычно дороже, чем методы универсальной профилактики, так как эти подходы требуют больше времени для выполнения;
- чаще всего проводятся в школах и организациях по месту жительства.



Стратегии **профилактики по показаниям** направлены на конкретных людей, подвергающихся повышенному риску. Например:

- программы помощи учащимся, в которые учителя и консультанты направляют школьников с проблемами обучения, поведенческими и эмоциональными проблемами;
- программы, нацеленные на семьи, такие, как семейные тренинги или группы самопомощи родителей.

Особенности профилактики по показаниям:

- обычно более дорогие, более интенсивные и требуют штат с клинической подготовкой;
- сосредоточены на людях, которые уже имеют проблемное поведение (употребляют ПАВ, вовлечены в деятельность деструктивных организаций, имеют проблемы с азартом и др.) или проявляют неадекватное поведение, ещё не гарантирующее клинический диагноз злоупотребления ПАВ или химическая – нехимическая зависимость;
- требуют точной оценки индивидуального риска (например, злоупотребления ПАВ).

Эти программы также могут использоваться при другом поведении, таком, как снижение уровня знаний, пропуск занятий в школе и признаки депрессии. Подростков могут направлять в программы профилактики по показаниям родителей, учителей, школьных психологов, медицинской сестры, социального педагога, друзей, родственников или других людей, а также по предписанию суда.

Существуют два типа стратегий в профилактике распространения химических и нехимических аддикций среди населения: сокращение спроса и сокращение предложения. Профилактические усилия по сокращению спроса выполняются за счёт уменьшения факторов риска или усиления факторов защиты вовлечения в зависимое поведение. Стратегии сокращения спроса в среде обитания сосредотачиваются на изменении местных норм поведения, которые поддерживают проблемное поведение, ведущее к формированию зависимости.

Исследования показывают, что проблема, связанная с риском вовлечения молодых людей в социальные эпидемии (химические и нехимические зависимости) – это проблема четырёхуровневая, включающая в себя биологический, психологический, социальный и духовный компонент. Следовательно, при идентификации факторов риска/защиты и организации профилактической помощи речь уже не может идти только об охране физического или психического здоровья ученика. Современная ситуация диктует необходимость развития наряду с физическим, психическим здоровьем личности формирование психологического здоровья [28, 29, 30, 34]. Многие авторы отмечают, что развитие психологического здоровья позволит личности быть более устойчивой в агрессивной быстро меняющейся среде. Позволит выработать копинг-стратегии реагирования и совладания в сложных жизненных ситуациях (Adkins M.A.; Silver M; Parker M.W.; Ricketts J.). Для формирования психологического здоровья в повседневной жизни люди должны обладать определёнными навыками, которые в мировой практике получили название жизненных. 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».

А.Л. Катков отмечает, что высокий уровень психологического здоровья препятствует вовлечению в химическую и нехимическую зависимость, а низкий – способствует формированию высоких рисков вовлечения по данному профилю [29]. При этом автор рассматривает психологическое здоровье как фундаментальную способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовывать их в быстро меняющейся, агрессивной среде.

Основными компонентами психологического здоровья А.Л. Катков выделяет:

1. Личностная идентификация (Кто я? Куда я иду?) – одна из основных интегративных психологических характеристик, подробно описанных известным американским психологом Э. Эриксоном. Начинает своё формирование с младенчества и заканчивается к 18 годам.

2. Позитивный идентификационный жизненный сценарий – глубинное устойчивое свойство, связанное с ядром личности. С ним связано осознание «главных», жизненных желаний, предназначений индивида; наличие/отсутствие адекватных решений и целенаправленных действий; уверенное продвижение к реализации поставленных целей; снижение уровня базисной тревоги и поискового поведения. 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 искущению». То есть это способность принимать однозначные решения в неопределенной ситуации и держаться выбранного пути. Свойство формирует устойчивость к вовлечению в деструктивные жизненные сценарии, включая химические и нехимические формы зависимостей. Обеспечивает деятельное удовлетворение и высокое качество жизни. В его основе лежит автономность, уверенность (формирующиеся к 2-3 годам) и инициатива (формируется в 3-6 лет).

4. Качество внутреннего локус-контроля – данное свойство личности (интернальности – экстернальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Роттером [20]. Субъект с развитым качеством внутреннего локус-контроля полностью осознает, что только он сам несёт ответственность за всё 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 объема 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 сценариям, – психологическое свойство, имеющее прямое отношение к личностным реакциям, определяющим

вектор поведения субъекта по отношению к агрессивным воздействиям среды.

Процесс формирования названных свойств (конструктивный или деструктивный), а также его темп в немалой степени зависят от характера базисных приобретений индивида в предшествующий период развития [4].

В основу раздела базисных приобретений легла эпигенетическая концепция Э. Эрикsona о стадийном психосоциальном развитии личности. Выделены следующие шкалы:

- 1) базисное доверие или недоверие к основным агентам со-бытия;
- 2) автономность, уверенность или сомнение, стыд;
- 3) инициатива или чувство вины и скованность;
- 4) трудолюбие, ответственность или чувство неполноценности, избегание сложностей; общительность, открытость или изоляция.

Ниже, в таблице 1 представлены признаки сформированности психологических свойств личности у школьника.

Таблица 1

Уровень сформированности базисных свойств личности

Полноценное развитие свойства	Дефицит развития свойства <i>Базальное доверие</i>	Крайний дефицит свойства
Основная жизненная позиция – доверие к миру и людям. Проявляется в восприятии себя и окружающих в позиции: «Я – хороший и ты – хороший». Такие дети считают, что в мире гораздо больше хороших и добрых людей, чем плохих и злых. Они открыты миру, общению и доверчивы. Такие дети достаточно быстро и легко идут на контакт с новыми людьми, адаптируются в новой или незнакомой ситуации. Они легко заводят друзей. У таких детей, как правило, много друзей. Они умеют дружить. Им интересны интерактивные игры, они тянутся к общению с другими детьми. Для таких детей в меньшей степени или вовсе не характерен эгоцентризм: они легко делятся вниманием со стороны взрослых и сверстников с другими детьми; безболезненно делятся своими игрушками. Легко берут на себя роль лидера, также легко принимают роль лидера со стороны другого ребёнка. Могут доверять свои секреты другим. Делятся с родителями о том, что их беспокоит. Легко просят о помощи и легко откликаются на просьбу о помощи. Редко ссорятся со сверстниками, и сами редко являются инициатором ссоры. В ссоре чаще первыми идут на примирение. Если обижаются, то легко забывают, «не помнят зла». Для них характерна способность сохранять спокойствие и уравновешенное поведение в критических или напряженных ситуациях и верить, что все будет хорошо. Для таких детей характерно	Признаками дефицита базального доверия – являются проблема амбивалентного отношения к миру: с одной стороны – доверие к миру и людям в целом, стремление к контактам, отношениям. А с другой стороны – сомнения в том, что окружающий мир и люди по-доброму настроены и как следствие, стремление дистанцироваться от близких отношений. Основная жизненная позиция таких людей – «доверяй, но проверяй», и это проявляется в склонности к переживанию сомнений, как в отношении самого себя (склонность к неуверенности), так и к другим людям (склонность к недоверию). Такие дети испытывают затруднение в новой, незнакомой обстановке или при знакомстве с новыми людьми. Им нужно больше времени, чтобы освоиться. Но если они принимают дружбу, то становятся преданными друзьями. Они очень привязываются к тем, кого приняли в друзья и недавно зависят от их мнения. Часто в дружбе принимают субдоминантную роль, нуждаются в поддержке со стороны значимых других людей (ЗДЛ). В целом, эти дети открыты миру и общению. Однако они теряют уверенность в прочности добрых отношений, особенно в ситуациях кризиса и/или конфликта. Если ссорятся, то сильно или мучительно переживают ссору. Такие дети постоянно нуждаются в подкреплении своей уверенности в плане доброго отношения к ним со стороны окружающих. Они тянутся к интерактивным играм, но не берут на себя инициативу самостоятельного вхождения в группу. Легче принимают приглашение к дружбе со стороны. Если принимают роль лидера, то сохраняют принцип «равный – равному». Они могут доверять свои секреты близким друзьям (зачастую больше, чем родителям, особенно	Основной чертой базального недоверия является недоверие и негативная установка к миру и людям в целом и в частности. Основная жизненная позиция таких людей – недоверие к миру и людям, что проявляется в следующем восприятии себя и окружающих: «Я – хороший, ты – плохой» или «Я – плохой и ты – плохой». Такие дети уже воспринимают как жизненный факт то, что «В мире гораздо больше плохих людей, чем хороших». Они плохо или с трудом адаптируются в новой или незнакомой ситуации, неохотно идут на контакт с новыми людьми. Они подозрительны и недоверчивы и закрыты от мира и общения. С трудом доверяют своим секретам или вовсе не могут делиться секретами с другими, даже с родителями и сиблингами (братьями/сестрами). Они не умеют дружить с другими детьми, не умеют играть с другими детьми. Нередко во время игр или дружбы ссорятся, часто сами являются инициаторами ссоры. Даже в дружбе они нередко сомневаются в искренности общения со стороны партнера. Для таких детей характерен эгоцентризм: они с трудом делят внимание со стороны взрослых и сверстников с другими детьми; борются за внимание и статус «фаворита», не любят делиться своими вещами, игрушками. Они не могут просить о помощи и не принимают помощь со стороны. В ссоре с трудом идут на примирение и, как правило, не идут на примирение первыми. С трудом прощают обиды, «застревают на обидах». Считают, что с ними поступили несправедливо или «обидели их больше». Такие дети склонны к доминированию в общении. В играх стараются навязать свою стратегию, свои

Продолжение таблицы 1

Полноценное развитие свойства	Дефицит развития свойства	Крайний дефицит свойства
спокойное, адекватное реагирование на критику или замечания со стороны, как взрослых, так и сверстников. Они любят шутки, юмор и не обижаются на розыгрыши. Умеют сами шутить.	но «интимные секреты»). В критической или эмоционально-сложной ситуации склонны к неуверенности, пессимистической оценке будущего развития событий, преувеличению негативных последствий и, как результат, потере самообладания и эмоционального равновесия. Но если ситуация благополучно разрешается, то они достаточно быстро восстанавливают своё эмоциональное равновесие. На замечание и критику реагируют внешне спокойно, но болезненно – со склонностью переживания обиды и вины. Замечание могут принять за упрёк или порицание. В целом, они принимают юмор, шутки, но чувствительны и повышенно ранимы к шуткам и замечаниям в их собственный адрес.	правила. Не принимают «чужих» правил. Тип лидерства – «командир» или «владычный руководитель». Они болезненно и неадекватно реагируют на критику и замечания. Критику или замечание расценивают как факт нелюбви или несправедливости по отношению к ним или как упрек, порицание. Критическое замечание или шутка в их адрес могут спровоцировать конфликт или обиду на всю жизнь. Они не понимают юмор и сами не любят и не могут шутить. А если шутят, то часто обзывают других детей своими шутками. Они склонны к маркированию – навязыванию негативных ярлыков партнёрам по общению. Они легко выходят из эмоционального равновесия и теряют самообладание в кризисных или конфликтных ситуациях. В критической или эмоционально-сложной ситуации они не могут сохранять спокойствие и уравновешенное поведение, быстро и легко отчиваются, пессимистически преувеличивают тяжесть последствий. Если такой ребёнок расстроился, то он дольше, чем другие восстанавливает своё эмоциональное равновесие.
<i>Автономность</i>		
Основной чертой полноценного развития личностной автономии является приверженность к собственным мнениям, решениям, а также эмоциональная независимость от мнения родителей и других значимых взрослых. Такие дети легко для себя решают, с кем они хотят играть, с кем они хотят дружить, что им интересно в жизни. Они самостоятельны, стремятся делать свою работу сами. Если они начали что-то делать, то они, как правило, доводят начатое дело до конца. Для успешного выполнения задания они не нуждаются в постоянном одобрении со стороны ЗДЛ. Для таких детей присущее такое качество, как самоконтроль: их не нужно проверять и контролировать, им не нужно напоминать. Рабочее место (парта, стол), как правило, находится в порядке. Для успешного выполнения задания они не нуждаются в постоянном одобрении или контроле со стороны. В основном такие дети удовлетворяются результатами собственной целенаправленной деятельности. Даже если результаты не столь хороши или уступают результатам других, то они не склонны расстраиваться и не фиксируются на неудачах. В ситуациях затруднения выполнения задания проявляют конструктивную настойчивость и стеничность. Способность планировать и ставить цели перед собой – является характерной чертой автономии. Они хорошо могут планировать деятельность, структурировать время и, как правило, все делают во время. Они обычно знают, чем будут заняты на каникулах или в выходные дни. Часто такие дети берут на себя часть семейных обязательств по дому (убирать туалет за кошкой,	У таких детей проявляется недостаточная приверженность к собственным мнениям, решениям, а также склонность к эмоциональной зависимости от мнения других значимых лиц. Характерной особенностью является нерешительность и затруднение в ситуациях решения жизненно-важных задач и принятия жизненно-важных решений. Поэтому такие люди нуждаются в советах со стороны ЗДЛ. Таким детям сложно принять какое-либо решение, легче отказаться от него. Они могут принять решение, если оно не предполагает ответственности, самостоятельности, оценки или если это решение соответствует ранее положительно-му опыту. При принятии решения у них часто отмечается борьба мотивов «делать или не делать», и после принятия решения часто продолжают беспокоить тревога или сомнения типа «А правильно ли я поступил, что сделал это?». Поэтому, в ситуациях предполагающих принятие решения такие дети нуждаются в активной поддержке или отдают инициативу принятия решения другому человеку. В целом, такие дети достаточно самостоятельны. У них есть собственное мнение, но они нуждаются в одобрении этого мнения со стороны ЗДЛ. Для успешного выполнения задания они нуждаются в постоянном или регулярном положительном подкреплении или поощрении со стороны ЗДЛ. Они иногда не доводят начатое дело до конца, особенно часто в тех случаях, когда процесс выполнения задания вызывает затруднения, или ставит успех выполнения под сомнение. Однако, если дело им под силу или очень высокая заинтересованность, они смогут довести дело до логического финала. Такие дети нуждаются в контроле, но лучше будут справляться с поставленной задачей, если будут выполнять это задание с кем-то. Для них мягкий контроль и поддержка самоэффективности со стороны ЗДЛ оказывают благоприятное воздействие. В то время как жёсткий контроль и критика со	

Продолжение таблицы 1

Полноценное развитие свойства	Дефицит развития свойства	Крайний дефицит свойства
выгуливать собаку, чистить аквариум или клетку, пылесосить или вытряхивать половики и т.п.) и делают это регулярно без напоминаний.	стороны ЗДЛ могут усилить демотивацию и в большей степени снизить интерес к делу. Такие дети могут планировать, но это планирование больше похоже на фантазии, так как зачастую проговариваемые ими планы не реализуются в жизни.	
<i>Уверенность</i>		
Основной чертой полноценного развития личностной уверенности у людей является вера и убеждённость в том, что он поступает правильно, как в жизни, так и в момент конкретного действия. Самооценка является адекватной и позитивной. Способен в любой момент, в любой ситуации управлять своим состоянием, восприятием, внутренним согласием. Такие дети легко и однозначно говорят о своих намерениях, о том, что они хотят делать, и чего они не хотят делать; что им интересно и что им не интересно. Они не испытывают затруднений когда просят для себя или для кого-либо. Они могут отстаивать свою точку зрения, независимо от того, кто их оппонент – взрослый или сверстник. Если они не согласны с замечанием со стороны взрослых, то они открыто говорят об этом. Выражение своего несогласия, как правило, проявляется в спокойной, но уверенной эмоциональной форме, но может приобретать и категорические формы. Когда они не соглашаются, внешне создаётся впечатление, что для них не существует авторитетов. Однако, оценка со стороны взрослых, как и наказание, для них значимы, но не воспринимаются как враждебные или катастрофические. Такие дети не склонны к переживанию чувства стыда, вины и сомнений, если нет на то объективной или серьёзной причины. Они не смущаются и не испытывают дискомфорта в ситуациях, связанных с творческим самовыражением на публике (пение, декларация стихов, игра на музыкальном инструменте и т.п.). Они не переживают, правильно ли они поют, им важно, что они поют громко. Для выполнения задания они не нуждаются в поощрении или положительной оценке со стороны ЗДЛ. Даже если им указывают на то, что они что-то делают не так, то они склонны продолжать выполнять задание, двигаться по намеченной цели.	Характерной чертой дефицита уверенности является переживание эмоциональных затруднений в ситуации, когда им нужно попросить для себя что-либо или отказать кому-либо. Такие дети, если не согласны с замечанием со стороны сверстников или взрослых, то испытывают затруднение в выражении этого несогласия, особенно, если эти взрослые – ЗДЛ. Однако они могут выражать своё несогласие, но для этого им также необходима поддержка со стороны ЗДЛ или восприятие окружающей обстановки, как безопасной. В случае авторитетного или морального давления такие дети могут уступить свою точку зрения. В ситуации отстаивания собственного мнения они часто эмоционально срываются, гневятся, раздражаются. Но это раздражение и гнев скорее свидетельствует о внутренней неуверенности. В ситуациях выбора они нередко переживают борьбу мотивов и тревожные опасения. Это может приводить к отказу от самостоятельного решения, чаще, если последствия этого решения выходят за рамки уже имеющегося жизненного опыта. Они не проявляют особой активности при выборе задания в ситуации распределения этих заданий учителем. Но если задание предлагается учителем, то они его принимают и включаются в активность. Про таких детей часто говорят: «Он/она не лидер, но старается», «У него/неё хорошие способности, но их всё время нужно подстегивать». Такие дети не склонны рисковать. Они испытывают дискомфорт, если им делают замечания. Замечание могут принять за порицание (меня ругают). Для таких детей не характерна роль лидера, хотя в сформировавшейся группе друзей могут стать лидером.	Основной чертой яркого дефицита личностной уверенности является отсутствие веры и убеждённости в том, что поступает правильно как в жизни, так и в момент конкретного действия. Это проявляется в неуверенности в ситуациях принятия решений, инициации целенаправленной деятельности, выполнения задания. Такие дети в группе сверстников, как правило, не инициируют процесс активной деятельности, зависимы от мнения лидера и ведомы им. Для них характерен конформный тип поведения. Часто принимают роль «козла отпущения» или «мальчика для битья». Они не проявляют активности при выборе задания в ситуации распределения этих заданий учителем, стараются избежать предложений индивидуальных заданий со стороны учителя или других взрослых. Про таких детей часто говорят: «ничего не хочет», «ничего не делает, пока не заставил». В незнакомых ситуациях они легко смущаются. Также смущаются в ситуации общения со сверстниками противоположного пола. Мальчики, например, особенно стараются избегать общения с девочками, которые им нравятся и в разговорах с однополыми сверстниками активно отрицают свои чувства. Так же явно переживают смущение в ситуациях, связанных с творческим самовыражением на публике (пение, декларация стихов, игра на музыкальном инструменте и т.п.). В ситуациях выбора они практически постоянно переживают борьбу мотивов и высокий уровень тревоги. Это приводит к тому, что они, как правило, отказываются от самостоятельного принятия решения. Они испытывают затруднения при ответах у доски. Часто вместо ответа просто молчат и попытка заставить такого ученика отвечать, только усугубляет его молчание. У них явно выражена склонность к переживанию чувства стыда, вины и сомнений. Для них вовсе нехарактерно поведение, которое связано с осознанием риска или наказания. Такие дети боятся замечаний, критики и наказаний. Склонны оправдываться и сами себя наказывать, особенно если они сопричастны к неуспешному выполнению задания или «неправильному» поведению. При неуспешном выполнении группового задания склонны переживать больше чем остальные дети и винить себя или обстоятельства. Попытка обвинить обстоятельства, вероятно, связана со страхом наказания.
<i>Инициатива</i>		
Основной чертой полноценного развития такого личностного свойства, как инициатива, является внутреннее побуждение к новым формам деятельности, предпримчивость и руководящая роль в каких-либо действиях. Также важной характеристикой этого свойства	Характерной чертой дефицита такого свойства, как инициатива, является то, что при достаточно развитой целенаправленности возможен недостаток стремления в достижении целей и недостаточный энтузиазм. Такие дети испытывают трудности, когда им нужно начать что-либо делать. Они склонны откладывать дела «на потом».	Основной чертой крайнего дефицита такого личностного свойства, как инициатива, является отсутствие внутренних побуждающих мотивов к новым формам деятельности, отсутствие предпримчивости и руководящей роли в каких-либо действиях, неспособность инициировать творческий процесс. Внешне это проявля-

Продолжение таблицы 1

Полноценное развитие свойства	Дефицит развития свойства	Крайний дефицит свойства
<p>является энтузиазм. Такие люди легко, добровольно и самостоятельно находят виды и формы деятельности для проявления и реализации своего энтузиазма. Основной чертой данного свойства у детей данного возраста – это яркая выраженность познавательных потребностей и способность инициировать творческий процесс. Такие дети любят экспериментировать, постоянно что-нибудь придумывают. Для них характерны широкий круг общения и разносторонность интересов. Они легко инициируют процесс активной деятельности, принимаются за дело без колебаний и сомнений. В связи с этим часто берут на себя роль лидера. Легко заводят друзей. Про них часто говорят: «душа компании». С такими детьми, как правило, не бывает скучно. У них много друзей и широкий круг знакомств. Они не отличаются застенчивостью или «стеснительностью». Напротив, для них часто характерно самовдвижение. Они быстро берут инициативу в свои руки, особенно если нужно что-то придумать, разработать какой-либо сценарий или подготовить школьный вечер. Они увлекаются творческим процессом и с удовольствием «творят» и «любят своё дело».</p>	<p>Могут забывать или «не успевать» делать намеченные дела (уроки и пр.), исполнять домашние обязанности. Для инициации какого-либо процесса нуждаются в стимуляции и контроля извне. Эти дети не имеют много друзей, но они могут дружить. В дружбе им уготованы вторые (субдоминантные) роли. Для них нехарактерна роль лидера, и они легко принимают роль «второго» или «исполнителя». Если их принимают в друзья, то они нередко становятся приверженцами группы/дружбы. Они могут проявлять инициативу, если это касается повседневной жизни или ситуаций, входящих в уже имеющийся жизненный опыт. Но они испытывают затруднения, если нужно что-либо инициировать в группе, в присутствии наблюдателей (экспертов). Они не отказываются от соучастия в процессе инициации творческого действия. Они в большей степени наблюдают со стороны или помогают лидерам, но не выпадают из группового процесса.</p>	<p>ется как застенчивость, робость и нерешительность. Для таких детей нехарактерен энтузиазм, а характерен выраженный дефицит целевостремлений. Про них нередко говорят: «Мой ребёнок какой-то ленивый», «Он ничего не хочет делать сам», «Он ничего не делает, пока его не заставишь». Они не могут заявить о себе, особенно в ситуациях, где нужно взять на себя роль лидера или в ситуациях, которые предполагают ответственность, контроль, оценку. Эти дети, как правило, имеют ограниченный круг друзей. В связи с тем, что они крайне редко проявляют свою активность в группе, предполагающую общую групповую активность (творческие задания, игры) их «не замечают» другие дети. В ситуации распределения ролей или заданий в группе, они предпочитают оставаться в тени, быть незаметными. Про них можно сказать: «У него/неё плохо получается играть с другими детьми». У них большие проблемы с самоконтролем. Даже, если им поручить или делегировать фрагмент групповой работы, то они плохо справляются с заданием. Они, как правило, плохо учатся. Не любят поручений. Плохо справляются с обязанностями по дому. Даже контроль со стороны не всегда является эффективным. Могут принимать на себя роль «белой вороны» или «козла отпущения». Могут попадать под чужое влияние. Опасно, если это влияние оказывает негативный лидер.</p>
<i>Трудолюбие</i>		
<p>Основной чертой полноценного развития такого личностного свойства, как трудолюбие, является положительное отношение к процессу трудовой деятельности, которое проявляется в активности, инициативности, добросовестности, увлечённости и удовлетворенности самим процессом труда. В психологическом плане трудолюбие предполагает отношение к труду как основному смыслу жизни, потребность и привычку трудиться. Эквивалентом работы у детей в этом возрасте является учёба и некоторые обязанности по дому/хозяйству. Такие дети любят учиться, процесс учёбы доставляет им интерес. Они без усилий для себя выполняют домашнее задание. Регулярная активность и деятельность в отношении процесса обучения – обучение в школе и выполнение домашних заданий – не является результатом активного контроля или стимулирования извне со стороны взрослых, а является результатом трудолюбия и самоконтроля. Такие дети, как правило, хорошо учатся и помимо обязательной программы они с интересом исследуют новые, дополнительные темы. У таких детей уже есть свои регулярные домашние обязанности или «работа по дому», и они без напоминаний регулярно её выполняют (выгуливать собаку, ухаживать за домашними питомцем, убирать в своей комнате и т.п.). Также они с</p>	<p>Дети, у которых отмечается дефицит такого личностного свойства, как трудолюбие, в целом положительно относятся к труду и своим деловым и профессиональным обязанностям. Однако у них часто возникают проблемы в плане самостоятельного выполнения своих обязанностей – они либо забывают, либо не успевают их выполнить. Такие дети в целом положительно относятся к учебе, однако у них часто возникают проблемы в плане самостоятельной подготовки и выполнения домашних заданий – они либо забывают, либо не успевают выполнить свои учебные обязанности. Для таких детей характерна не регулярная, а случайная (от случая к случаю) инициация творческой активности. При этом если они и берутся за что-либо новое, то часто не доводят начатое дело до конца. Такие дети адекватно относятся к тому, что у них есть свои регулярные домашние обязанности, например, уборка комнаты, рабочего стола, уход за питомцами и т.п., однако нередко забывают их выполнять. Общей характерной чертой для таких детей в плане их отношения к своим «трудовым» обязанностям является то, что они нуждаются в регулярном поощрении, поддержке или контроле со стороны взрослых (родителей или учителей).</p>	<p>Основной чертой крайнего дефицита такого личностного свойства, как трудолюбие, является негативное отношение к процессу трудовой деятельности, которое проявляется в пассивности, безынициативности, недобросовестности, а также диффузия трудолюбия (отсутствие желания и неспособности заниматься созидательной деятельностью, отсутствие чувства созидания – ощущения себя способным делать разные вещи и делать их хорошо или даже в совершенстве). Отсутствуют увлечённость трудом и способность получать удовлетворение от самого процесса труда. Для них совсем нехарактерно отношение к труду, как к основному смыслу жизни, и вовсе не сформирована и не развита потребность и привычка трудиться. Эквивалентом работы у детей в этом возрасте является учёба и некоторые обязанности по дому/хозяйству. Такие дети часто забывают сделать домашнее задание, они не любят учиться. Они нуждаются в постоянном контроле и постоянном стимулировании извне. Причём контроль и страх наказания более эффективен, чем позитивное подкрепление. Но срабатывает контроль только в той ситуации, когда контролёр присутствует рядом. Они не проявляют особой активности в изучении учебного материала, особенно дополнительного, и, как правило, ограничиваются только обязательной программой. Про таких детей обычно говорят: «Он у меня ничего не хочет делать», «Он у меня какой-то ленивый, сам ничего не делает, пока не заставил». Такие дети не желают иметь обя-</p>

Продолжение таблицы 1

Полноценное развитие свойства	Дефицит развития свойства	Крайний дефицит свойства
удовольствием принимают участие в работе или другой трудовой активности вместе с взрослыми, особенно если взрослые просят о помощи в совместной работе, например помочь в огороде, на даче, участие в ремонте и т.п. Если они берутся за что-либо, то, как правило, доводят начатое дело до конца.		занностей по дому, и если у них есть какие-либо обязанности, например, уборка своей комнаты, ухаживание за домашними питомцами и т.п., то они регулярно забывают их выполнять и нуждаются в постоянных напоминаниях. Если взрослые просят о помощи в совместной работе, то такие дети стараются избежать участия, вплоть до конфликтно-протестных реакций. Они всячески стараются избегать своих «трудовых» обязанностей, для них подходит выражение «Делает всё, чтобы не работать».
<i>Ответственность</i>		
Основной чертой полноценного развития такого личностного свойства, как ответственность, является привычка подходить к любому делу продуманно и доводить дело до конца, способность принимать на себя ответственность и готовность отвечать за сделанное. У детей данного возраста основной зоной ответственности является школьные и домашние задания, а также обязанности по дому / хозяйству. Даже, если им не нравятся какие-либо обязанности, например, необходимость учить нелюбимый школьный предмет или делать нелюбимую работу по дому, то они будут это делать. Такие дети, если что-то обещают сверстникам, то обязательно выполнят данные обещания. В случае если обещание не может быть выполнено, то это будут весьма объективные обстоятельства. Они будут переживать по этому поводу, пытаться объяснить причину, компенсировать несдержанное обещание морально, например, попросить прощения. Такие дети не опаздывают в школу, не пропускают уроки, даже если есть такая возможность, во время возвращаются домой. Хотя они могут вечером задержаться и не прийти домой в назначенное время. Но это скорее будет связано с тем, что интерес времяпровождения способствует вытеснению обязанности вернуться домой в такое-то время. Они в этом случае, также «просто» забывают о времени. Возрастной нормой является, если дети дают обещание на перспективу, например, на неделю вперёд (поехать помочь родителям в огороде), то они также по наступлению момента выполнения данного обещания, могут забыть о нём. Это также связано с вытеснением нежелательного обязательства, а не с отсутствием ответственности, как таковой. Но, необходимо отметить, что такие случаи не будут являться исключением. В случае если обещание не может быть выполнено, то это могут быть, как объективные обстоятельства, так и субъективные причины. Причём субъективные причины будут перевешивать по частоте случаев и, в основном, будут связаны с вытеснением данных обещаний. И если они не выполняют обещания, то они будут переживать по этому поводу, пытаться объяснить причину, попросить прощение. Но это не будет гарантией того, что подобное поведение не повторится впредь. Они не всё делают в срок и во время, поэтому нуждаются в регулярном контроле.	Характерной чертой дефицита развития такого личностного свойства, как ответственность, является избирательный подход к выполнению дела продуманно и доведение этого дела до конца. Интересные и/или важные дела будут доводиться до логического завершения, а неинтересные, ненужные или неприятные – не будут доводиться до логического завершения. Для таких детей характерно избирательность в принятии на себя ответственности и готовность отвечать за сделанное. Ответственность, как правило, не принимается в ситуациях вероятного наказания или порицания. Они не всегда выполняют данные обещания, т.к., они просто забывают о них. Они, например, могут вечером задержаться и не прийти домой в назначенное время. Но это скорее будет связано с тем, что интерес времяпровождения способствует вытеснению обязанности вернуться домой в такое-то время. Они в этом случае, также «просто» забывают о времени. Возрастной нормой является, если дети дают обещание на перспективу, например, на неделю вперёд (поехать помочь родителям в огороде), то они также по наступлению момента выполнения данного обещания, могут забыть о нём. Это также связано с вытеснением нежелательного обязательства, а не с отсутствием ответственности как таковой. Но у таких детей эти случаи будут очень частыми, если не сказать регулярными. Такие случаи скорее будут нормой, нежели исключением. В случае невыполнения обещания такие дети будут искать причину «почему у них не получилось», а не возможность «как исправить ситуацию». У них не развито свойство самоорганизации, их постоянно нужно контролировать, и контроль должен быть достаточно жёстким. В случае, если обещание не выполняется, то чаще виной этому являются субъективные причины. Причём субъективные причины будут перевешивать по частоте случаев и, в основном, будут связаны с вытеснением данных обещаний. И если они не выполняют обещания, то они будут больше переживать за то, что они могут быть наказаны, а не за то, что подвели кого-то. Поэтому они будут просить прощение достаточно формально, и это не будет гарантией того, что подобное поведение не повторится впредь. Они часто не делают в срок и вовремя, поэтому нуждаются в регулярном, жёстком и непосредственном контроле, когда контролёр находится рядом. У таких детей не развита способность к произвольному регулированию и управлению своим поведением в рамках принятых морально-этических норм. Они могут быть лживыми или фантазёрами. Им опасно верить на слово.	



Рисунок 3. Два варианта развития личности (конструктивный и деструктивный)

Согласно Э. Эриксону, существует два варианта развития личности: конструктивный и деструктивный (рисунок 3).

Таким образом, присутствие в структуре личности определённых 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 – это отсутствие возможности развития в процессе жизнедеятельности, неспособность к выполнению своей жизненной задачи.

Выделяются три уровня развития психологического здоровья.

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

К среднему уровню – адаптивному – относятся люди, в целом адаптированные к социуму, однако имеющие несколько повышенную тревожность. Такие люди могут быть отнесены к группе риска, поскольку не имеют запаса прочности психологического здоровья и могут быть включены в групповую работу профилактически-развивающей направленности.

Низший уровень – это дезадаптивный, или ассимилятивно-аккомодативный. К нему можно отнести людей с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации, использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные, либо аккомодативные средства. Ассимилятивный стиль поведения характеризуется, прежде всего, стремлением человека приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям. Человек, избравший аккомодативный стиль

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

Часть III. Особенности детей в возрасте 9-11 лет

Нет пока единого мнения относительно чёткого определения этого периода: «переходный», «критический», «предподростковый», «полуподростковый» [74, 75, 8, 20, 21, 67, 80].

Многие авторы склонны относить возраст 9-11 лет к «предкритическому», или младшему подростковому возрасту. Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, А.А. Люблинская начало подросткового возраста относят к 12 годам, определяя 12-13-летний период как критический, то есть переходный [12, 74, 75]. В работах других авторов (Д.И. Фельдштейн, В.И. Слободчиков, А.М. Прихожан) возраст 10-11 лет понимается как первая стадия подросткового возраста [67, 63, 64, 56]. Кроме того, Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Д.И. Фельдштейн, В.Ф. Моргун, Н.Ю. Ткачева, Н.Ф. Полицын, А.Е. Личко указывают на деление подросткового возраста на этапы [12, 74, 67, 43]. Некоторые исследователи (например, Г.А. Цукерман) отмечают, что возрастной интервал 9-11 лет – это «ничья земля», то есть и не младший школьник, и не подросток [70, 71].

Бессспорно одно: возраст 9-11 лет знаменуется началом «переходного периода» [10, 11, 12].

Признаки развития детей 9-11 лет:

- постоянный физический рост;
- совершенствование навыков;
- осознание моральных и нравственных ценностей;

-
- способность сосуществовать со своими сверстниками;
 - здравая позиция по отношению к самому себе.

Физическое развитие

При построении психолого-педагогической работы с детьми данной возрастной группы следует помнить о некоторых возрастных особенностях.

Происходит активная физиологическая перестройка организма, например, начинает более активно развиваться сердечнососудистая и половая системы, растут голосовые связки, что приводит к ломке голоса. Быстрые изменения могут стать причиной головных болей, быстрой утомляемости, и одновременно вызвать повышенную возбудимость, нервозность.

Дети данного возраста находятся в постоянном активном действии из-за избыточной энергии. Отсюда – постоянный поиск приключений, впечатлений и физической активности. Качественное и конструктивное удовлетворение данных потребностей ребёнка ведёт к физическому и психологическому здоровью [14]. И, как следствие, такие дети относительно редко болеют и получают удовольствие от своей хорошей физической координации.

Однако есть и другая сторона «медали». Постоянная занятость ребёнка и вовлечённость в разнообразные ежедневные занятия, вероятно, могут заставить пренебрегать своим внешним видом. Родителям и педагогам нужно учить ребёнка самодисциплине, личной гигиене и уходу за своей одеждой, вещами и комнатой.

В это время быстро развиваются анализирующая и синтезирующая функции коры головного мозга, совершенствуются двигательные центры. Все органы чувств усиленно развиваются: опорно-двигательный аппарат укрепляется, совершенствуется координация движений. Следовательно, большое внимание следует обращать на развитие координации движений и формирование двигательных навыков. Однако следует помнить, что хотя дети в эти годы очень подвижны и любознательны, способность к длительному сосредоточению внимания у них невелика: они быстро утомляются.

В этом периоде недопустимы упражнения, дающие детям большую силовую нагрузку или требующие выносливости, так как мышечная сила ещё недостаточно высокая.

Психическое развитие

Ребёнок в этом возрасте часто собирает коллекции. Данная особенность может встретить непонимание и раздражение со стороны взрослых, и это понятно, ведь ребёнок ещё не нацелен на качество коллекции, а собирает ради количества. Это может быть всё что угодно. При этом он не будет пытаться каким-либо образом классифицировать свою кол-

лекцию (если взрослый не поможет ему это сделать). Однако стремление к коллекционированию можно использовать в образовательных целях, так как это может стать основой для изучения научных предметов. Кроме того, ребёнок становится наблюдателем, а при обсуждении и обмене коллекциями происходит развитие коммуникативных навыков, навыков социального взаимодействия.

Ещё одна уникальная особенность детей 9-11 лет, которую взрослым следует использовать с целью развития – это исследовательская активность. Они исследуют всё, что незнакомо. Это может быть исследование новых мест или предметов. Поэтому огромное значение в воспитательной деятельности имеют разнообразные экскурсии, походы. В этом возрасте дети уже могут понимать законы причины и следствия и обладают хорошим историческим и хронологическим чувством времени, пространства, месторасположения и расстояния. Они хорошо мыслят и лучше начинают понимать абстрактные идеи. Часто родители сталкиваются ещё с одной формой детских исследований – дети «ломают» вещи. Это могут быть подаренные родителями дорогие машинки, настенные или наручные часы или любое другое механическое устройство.

Этот возраст часто называют «золотым возрастом памяти». Поэтому ребёнка необходимо также поощрять запоминание возможно большего количества информации. Например, активное изучение иностранных языков.

Возраст 9-11 лет часто называют «локально капризным». Актуальной становится потребность в самостоятельности. У одних детей стремление к самостоятельности проявляется в стремлении утвердить своё право быть взрослым, добиться признания своей взрослости. У других – оно заключается в жажде получить признание их новых возможностей. У третьих – в желании участвовать в разнообразных делах, наравне с взрослыми [66]. Поэтому данный период называют локальным, а капризным потому, что в нём преобладают ситуативно-обусловленные эмоции.

А.Н. Леонтьев, А.А. Смирнов, В.А. Крутецкий, Н.С. Лукин, В.В. Давыдов, А.К. Маркова, Д.И. Фельдштейн и др. отмечают, что важным моментом при создании программ первичной профилактики является вопрос определения ведущей деятельности детей этой возрастной группы [42, 39, 40, 17, 47, 67]. Однако в этом вопросе у исследователей нет единого мнения. Л.И. Божович, А.К. Маркова, В.А. Крутецкий, Н.С. Лукин, И. Ломпшер, А. Коссаковски и др. склонны считать ведущей деятельностью в этом возрасте учение [8, 47, 39, 40]. Т.В. Драгунова, Д.Б. Эльконин, Я.Л. Коломинский, А.П. Krakovskiy предполагают, что с переходом в среднюю школу ведущей деятельностью детей становится общение [20, 74, 75, 37, 38]. А.В. Петровский [53, 54] считает ведущей деятельностью рассматриваемого возраста многоплановую деятельность, а М.С. Каган [36] –

познание, переходящее в ценностно-ориентационную деятельность. Д.И. Фельдштейн [67], М.Г. Тайчинов [65] в качестве ведущей деятельности считают развёрнутую общественно-полезную деятельность.

В период 9-11 лет, в связи со сменой социальной ситуации развития и изменением содержания внутренней позиции ученика происходит своеобразный мотивационный кризис [8]. В отличие от «классического» подросткового кризиса он пока ещё слабо выражен в поведении, во внешних проявлениях. Переживания школьников, связанные с такими изменениями, не всегда осознаются ими, часто они не могут даже сформулировать свои трудности, проблемы, вопросы. В результате этого родители и педагоги часто сталкиваются с возникновением у детей своеобразной психологической незащищённости.

А.К. Маркова [47], Т.И. Юферева [80] и др. отмечают в данный возрастной период возникновение кризиса самооценки. Появляется недовольство собой в относительно новой сфере жизнедеятельности – общении со сверстниками. Однако недовольство может распространиться и на учебную деятельность. Отсюда – актуализация потребности в общей положительной оценке своей личности другими людьми, прежде всего, взрослыми.

К тому же, вследствие быстрого и неравномерного роста тела, появления неуклюжести, долговязости, может проявиться временное неприятие себя нового.

Социальное развитие

Ребёнок расширяет поле своей деятельности, приспосабливается к обществу вне дома и семьи. Наряду с уже имеющимися статусами «Я – телесное», «Я – сын/дочь», «Я – ученик», формируются и развиваются новые статусы (рисунок 4): «Я – член группы», «Я – друг» (по Ю.В. Валентику «Я – другой») [9]. Формирование данного статуса, безусловно, важный момент в развитии самоидентификации личности. Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформировать-

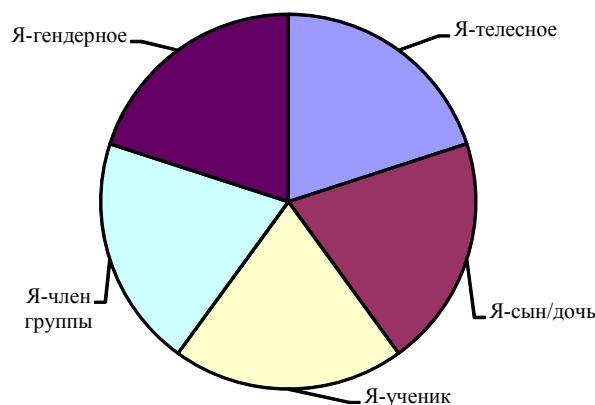


Рисунок 4. Формирование и развитие нормативных личностных статусов в детском возрасте

ся к 18-19 годам. В данном же возрастном периоде – 9-11 лет – происходит формирование восприятия **себя** как представителя какой-либо культуры или социальной группы и **других людей**, как представителей этой же или другой культуры или социальной референтной группы по принципу «равный – равному». При полноценном развитии данного статуса для таких детей характерно толерантное и уважительное отношение к людям, отличающимся от них самих по своей культуральной принадлежности (этнической, религиозной, идеальной 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». Они также адекватно равнодушны относятся к людям с ограниченными физическими (инвалиды) и социальными (нищие) возможностями. Такие дети не разделяют детей и взрослых по социальному статусу, как правило, принимают сверстников из другого социального уровня. Для дружбы это не имеет никакого значения.

Результаты исследований показывают, что отношение ребёнка к друзьям и само понимание дружбы имеют определённую динамику на протяжении младшего школьного детства. Между 8 и 11 годами дети считают друзьями тех, кто помогает им, отзываются на их просьбы и разделяет их интересы. Для возникновения взаимной симпатии и дружбы между детьми становятся важными такие качества личности, как доброта и внимательность, самостоятельность, уверенность в себе, честность. О возрастающей роли сверстников к 9-10 годам (в отличие от младших детей) школьники значительно острее переживают замечания, полученные в присутствии одноклассников. Дети в этом возрасте становятся более застенчивыми и начинают стесняться не только незнакомых взрослых, но и незнакомых детей своего возраста [37].

При адекватном и конструктивном развитии ребёнок станет членом какой-либо группы или компании. Скорее группа будет выбрана того же пола, поскольку дети в этом возрасте чувствуют определённый антагонизм по отношению к представителям противоположного пола. По мере взросления ребёнка группа сверстников будет приобретать для него всё большее значение. Ни родители, ни учителя не смогут заменить её, но они могут делиться своим опытом с детьми в это время. У родителей появляется возможность помочь ребёнку действовать и думать независимо. Взрослые не могут выбирать друзей своему ребёнку, но они могут обеспечить хорошее окружение для своих детей. Следует позаботиться о нравственных нормах, предъявляемых к друзьям.

Данная возрастная группа находится на «переходном периоде» из младшей школы в среднюю школу, когда значительно увеличивается количество изучаемых предметов, и, как следствие, усиливается

интеллектуальная, эмоциональная и физическая нагрузка. Возрастает необходимость накапливать знания сразу во многих сферах и достигать самого высокого результата. Если ребёнку не удаётся быть успешным в школе, быстро реализовать задуманное, то это часто приводит к разочарованиям и потере интереса к обучению. В результате может развиться «комплекс неполноценности».

Возникает потребность в признании ребёнка как личности. Начинается период, когда исчезают все авторитеты, он всё и вся подвергает сомнению, критике (рисунок 5). Обостряется восприятие всего позитивного и негативного вокруг, усиливается чувство несправедливости, особенно относительно себя, своего «эго».



Рисунок 5. Сравнение себя с взрослыми и с младшими детьми приводит подростка к заключению, что он уже не ребёнок, а скорее взрослый. Подросток начинает чувствовать себя взрослым и хочет, чтобы и окружающие признавали его самостоятельность и значимость.

Ребёнок стремится лучше познать себя. Он постоянно проверяет себя на силу, мощь и устойчивость: не уступает в драке, намеренно причиняет себе боль, задерживает дыхание под водой, прыгает с высоты. Всё это ему нужно, чтобы определить свои возможности и занять место в группе сверстников.

В младшем подростковом возрасте, в связи с началом полового созревания, возникают новые ощущения и эмоции (влюблённость, тяготение к противоположному полу). Соответственно, усиливается внимание к этому вопросу. Здесь мы говорим о начале формирования статуса «Я – гендерное» (рисунок 4). Основной чертой полноценной идентификации себя в гендерном аспекте является адекватное восприятие себя и других людей по половой принадлежности и адекватная сексуально-социальная роль. Возрастной нормой будет являться способность хорошо, дружно общаться со сверстниками, как своего, так и противоположного пола. Они могут хоро-

шо играть с представителями разного пола. Мальчики окончательно утверждаются и предпочитают мужские варианты самореализации и времязпровождения: мужская одежда и аксессуары, мужские игры и игрушки. Девочки, соответственно, утверждаются и предпочитают женские варианты. Для этого возраста характерно поведение, свидетельствующее о зарождающемся интересе и появлении первых симпатий к объектам противоположного пола. В целом, дети могут открыто проговаривать этот интерес. Хотя нормой будет также являться скрытие от сверстников и родителей данного интереса и симпатии, особенно, если этнокультуральные нормы табуируют проявление открытых симпатий к объектам противоположного пола. Девочки в этом возрасте в большей степени начинают интересоваться косметикой, украшениями и модными вещами. У детей этого возраста уже сформированы базовые представления о том, как они должны вести себя в своём обществе, в своей культуре. Они уже понимают основные принципы, каким должен быть мальчик или девочка, с присущими для этого социальными ролями и функциями.

От взрослых требуется очень корректное, внимательное и доброжелательное обсуждение, беседы с ребёнком о взаимоотношениях мужчины и женщины. Ведь если этого не сделают родители, то он сам найдёт нужную информацию, например, у сверстников или в Интернете. К тому же, важно направить этот интерес в нужное русло и заложить основные морально-этические принципы поведения, так как это повлияет на всю последующую жизнь ребёнка, на его построение взаимоотношений с противоположным полом. Для повышения своего рейтинга среди сверстников и привлечения внимания противоположного пола можно предложить ребёнку записаться в туристический или спортивный кружок, заняться музыкой или ходить на уроки современного танца.

Важно также обсудить формирование и развитие такого личностного статуса, как «Я – ученик» (рисунок 4). Основные новообразования обозначенного возрастного периода по Ж. Пиаже – развитие произвольности и формирование словесно-логического мышления (Ж. Пиаже, Д.Б. Эльконин), когда интеллект «... проделывает свое максимальное развитие, какое не проделывает ни память, ни восприятие» [55, 73, 74]. Естественное развитие половой функции организма начинает влиять на психическую жизнь ребёнка, вызывая пубертатный кризис. Поскольку «кризис всегда связан с аффектом» [12], в предпубертатный период усиливается влияние эмоционально-волевой составляющей психики на развитие интеллекта ребёнка. Плавность психогенеза нарушается, что в учебной деятельности проявляется в снижении успеваемости, в изменении вектора интересов с учебной деятельности на межличностное общение, что усугубляется особенностями перехода из начальной школы в среднюю (А.П. Кра-

ковский, Т.И. Юферева, В.А. Иванников). Это время является определённым рубежом в ведущей деятельности детей и от его более или менее успешного протекания зависит многое в школьной, а часто и в дальнейшей социальной жизни человека. В этот период в адаптации, «как активном процессе и результате процесса приспособления индивида к условиям социальной среды» [53], могут происходить нарушения. Они связаны как с внешней социальной ситуацией развития и названы «проблема пятого класса» [38, 80], так и с психологическими (внутренними) факторами, которые ещё недостаточно изучены. В случае постоянной не успешности индивида возникает состояние дезадаптации [53, 61].

Следует сказать так же, что в процессе обучения формируются такие личностные свойства, как компетентность, самоконтроль, внутренний план действий, рефлексия.

Чувство компетентности (нового аспекта самосознания) развивается благодаря успешной учебе, осознанию своих способностей и умений качественно выполнять различные задания. Если чувство компетентности в учебной деятельности не формируется, то у ребёнка снижается самооценка и возникает чувство неполноценности. В этом случае могут развиваться компенсаторные самооценки и мотивация.

Важным качеством, которое формируется в процессе учебной деятельности в статусе «Я – ученик», является самоконтроль (способность реагировать на самого себя, контролировать свои реакции посредством волевой регуляции). Ребёнок должен уметь самостоятельно организовать и регулировать собственную деятельность. Важно его значение для предупреждения психологических перегрузок, повышенной утомляемости. Самоконтроль считается сформированным, если ребёнок умеет подчинить своё поведение правилам, сверять действия с образцом, изменять действия в зависимости от условий.

Ещё одной важной способностью, формирующейся в процессе обучения, является внутренний план действий. Развитие внутреннего плана действий даёт возможность решать задачу в «уме», во внутреннем плане, предвидеть возможные промежуточные результаты и сопоставлять действия с условиями задачи и конечной целью решения.

Рефлексия (*перевод с лат. – «обращение назад»*) на собственное поведение, на собственные действия – это умение размышлять, заниматься самонаблюдением. Это самоанализ, осмысление, оценка предпосылок, условий и результатов собственной деятельности, внутренней жизни. Благодаря рефлексии ребёнок открывает для себя смысл своих действий, осознает свои поступки, преобразует собственные действия в результате их осмыслиения.

Взаимоотношения «Ребёнок – взрослый»

Следует помнить, что если у ребёнка существует хотя бы одна взаимная привязанность, то он пере-

стаёт осознавать и не очень переживает своё объективно плохое положение в системе личных отношений в группе.

Одной из наиболее распространённых и серьёзных педагогических проблем в психологии является проблема эмоциональной неустойчивости, неуравновешенности учащихся 9–11 лет. Педагоги не знают как себя вести со школьниками чрезмерно упрямыми, обидчивыми, драчливыми или, например, с детьми, слишком болезненно переживающими любое замечание, плаксивыми, тревожными. Недовольство, гнев дети данного возраста проявляют не только в моторной форме (лезет драться), сколько в словесной (грубит, дразнится). По мнению И.В. Дубровиной, можно выделить три наиболее выраженные группы так называемых «трудных» детей, имеющих проблемы в эмоциональной сфере [21].

1 группа. Агрессивные дети

В жизни каждого ребёнка бывали случаи, когда он проявлял агрессию. Поэтому, относя ребёнка к данной группе, стоит обратить внимание, прежде всего, на степень проявления агрессивной реакции, длительность её действия и характер возможных причин, порой неявных, вызвавших аффективное поведение учащегося.

2 группа. Эмоционально-расторможенные дети

Относящиеся к этому типу дети на всё реагируют слишком бурно: если они выражают восторг, то в результате своего экспрессивного поведения заводят весь класс; если они страдают – их плач и стоны будут слишком громкими и вызывающими.

3 группа. Слишком застенчивые, ранимые, обидчивые, робкие, тревожные дети

Они стесняются громко и явно выражать эмоции, тихо переживают свои затруднения, боясь обратить на себя внимание.

Стоит отметить такую важную деталь, что характер проявления эмоциональных реакций у ребёнка, безусловно, связан с типом его темперамента. Так, дети, относящиеся ко второй группе, являются скорее холериками, а представители третьей группы – меланхоликами или флегматиками. Общим же для всех трёх групп детей с эмоциональными нарушениями является то, что неадекватные аффективные реакции (проявляющиеся по-разному у различных типов детей) у каждого ребёнка носят защитный, компенсаторный характер [21].

Таким образом, взрослый при взаимодействии с ребёнком должен постоянно помнить об особенностях его эмоциональной сферы, способствуя аффективной регуляции ребёнка и оптимальным способом его социализации [15, 48, 59]. Так, например:

- необходимо научить ребёнка адекватным формам реагирования на те или иные ситуации и явления внешней среды;
- не надо пытаться в процессе занятий с «трудными» детьми полностью оградить ребёнка от отри-

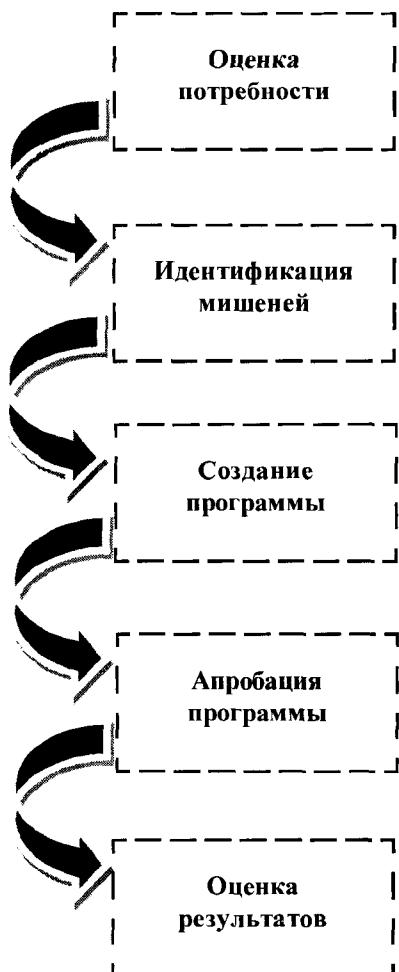
цательных переживаний. Важно помнить, что ребёнку нужен динамизм эмоций, их разнообразие;

– чувства ребёнка нельзя оценивать – невозможно требовать, чтобы он не переживал того, что переживает. Как правило, бурные аффективные реакции ребёнка – это результат длительного сдерживания эмоций.

Часть IV. Пример внедрения программ профилактики в городских общеобразовательных школах города Костаная

Коллективом казахстанских ученых (Ж.Ш. Аманова, Е.Б. Байкенов, Л.А. Бикетова, А.Л. Катков, Т.В. Пак, О.Г. Юсопов) была предпринята попытка создания программы по профилактике вовлечения школьников в деструктивные формы поведения (употребление ПАВ, компьютерная и интернет зависимость, гемблинг и др. формы химических и нехимических аддикций). Данная программа была разработана на основании анализа имеющегося мирового опыта [19, 22, 27, 49, 50, 57, 60, 62], а также анализа особенностей формирования зависимостей от психоактивных веществ в детском возрасте [25, 26].

Данная работа включала в себя 5 шагов:



В результате проведённого широкомасштабного исследования в Казахстане среди учащейся молодёжи в 14 регионах страны (4000 респондентов в возрасте 16-22 лет) было выявлено, что чем выше уровень психологического здоровья, тем ниже риск вовлечения индивида в орбиту зависимости. Таким образом, основной мишенью воздействия нами было определено психологическое здоровье личности, а точнее, повышение уровня психологического здоровья.

Программа для младших школьников 9-11 лет была составлена с учётом возрастных особенностей и выбранных мишеней воздействия.

С целью апробации и оценки эффективности подготовленных технологий (диагностических и психокоррекционных) 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 [18];
- 2) скрининг-опросник на определение уровня компьютерной зависимости (способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот) [79];
- 3) скрининг-опросник на определение уровня религиозной зависимости (опросник, составленный на основе тестирования на наличие нехимических аддикций Гриффита) [66];
- 4) скрининг-опросник на определение уровня игровой зависимости (тест Такера на выявление игровой аддикции) [22];
- 5) анкета для классных руководителей, выявляющая степень адаптации ребёнка к школе (включая школьную успеваемость, девиантное – деликатентное поведение).

Данные оценочные формы предполагали самостоятельное заполнение респондентами.

В качестве психокоррекционного инструмента использовалась психокоррекционная программа, направленная на развитие свойств психологического здоровья/устойчивости для учащихся средних общеобразовательных школ.

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 мужского пола – 255 чел. (46,78%), лиц женского пола – 290 чел. (53,21%). Общие сведения об учащихся представлены в таблице 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.	

На первом этапе среди учащихся выбранных школ была проведена диагностика уровня психологоческого здоровья. Результаты показали высокий риск, как в области биологических факторов, так и в области психологических и социальных. Из данных, представленных на рисунке 6, видно, что каждый четвёртый учащийся общеобразовательной школы

имеет высокий риск в области навыков ответственного выбора, гиперактивности, уверенности, семейного воспитания и поведенческих реакций.

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

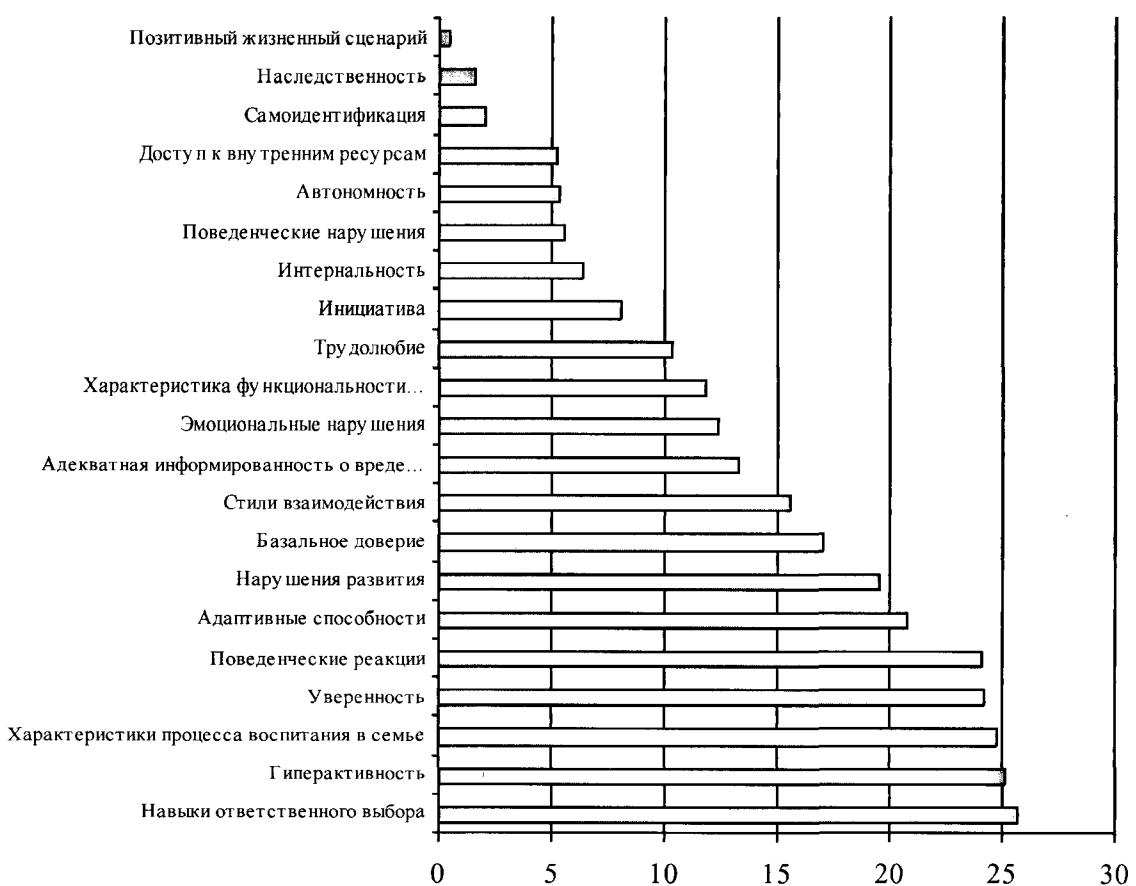


Рисунок 6. Результаты первичной диагностики свойств психологического здоровья

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%).

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. Также в эти группы вошли учащиеся с рисками развития нехимических аддикций (игровая и компьютерная) и большая часть курящих учеников (17 чел. из 28 чел.). Данные, представленные в таблице 3, показывают, что в контрольную группу вошли 273 ученика, в экспериментальную – 272 ученика.

Далее, с учащимися экспериментальных групп была проведена профилактическая психокоррекционная работа. Программы были разработаны научными сотрудниками РНПЦ МСПН (г. Павлодар) для

Таблица 3

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

Возраст	СШ № 2		СШ № 3		СШ № 8		СШ № 23		Итого	
	КГ (чел.)	ЭГ (чел.)								
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

каждой возрастной группы (9-11 лет, 12-13 лет, 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 месяцы. Занятия были нацелены на формирование свойств психологического здоровья и снижение факторов риска вовлечения в аддиктивные формы поведения (химические и нехимические зависимости).

В мае месяце 2013 года было проведено итоговое тестирование учащихся контрольных и экспериментальных групп.

В результате проведённой профилактической коррекционной работы у учащихся в возрасте 9-11 лет была выявлена положительная динамика в области психологических и социальных факторов. Как видно из данных, представленных на рисунке 7, в целом, в области базисных свойств личности идёт уменьшение количества учащихся из группы высокого риска и переход этих учащихся в группу среднего и низко-

го риска. В области доверия 10,3% учащихся группы высокого риска перешли в группу среднего и низкого риска. На 9,1% увеличилась группа низкого риска в области автономности (перешли из группы среднего риска). Из группы высокого риска 9% учеников перешли в группу среднего риска в области уверенности. Из группы высокого и среднего риска 9,4% участников экспериментальных групп перешли в группы низкого риска в области инициативы. По профилю «трудолюбие» существенных изменений не произошло.

Среди учеников, вошедших в контрольную группу, этого же возраста существенных изменений в области базального доверия, автономности, инициативы и трудолюбия не произошло. Диагностирована отрицательная динамика в области инициативы. Представленные на рисунке 8 данные по профилю «Инициатива» показывают, что достоверно уменьшилось количество учащихся со средним риском ($P<0,05$), большая часть учащихся перешла в группу

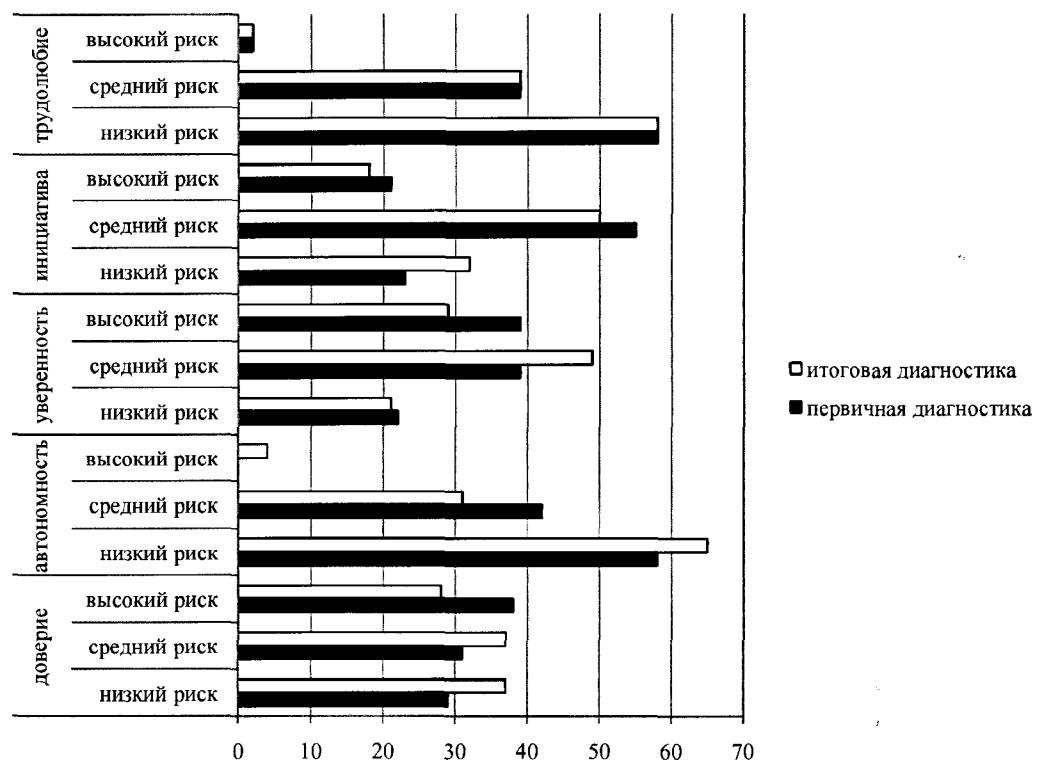


Рисунок 7. Изменения в области базисных свойств личности у детей в возрасте 9-11 лет из экспериментальной группы

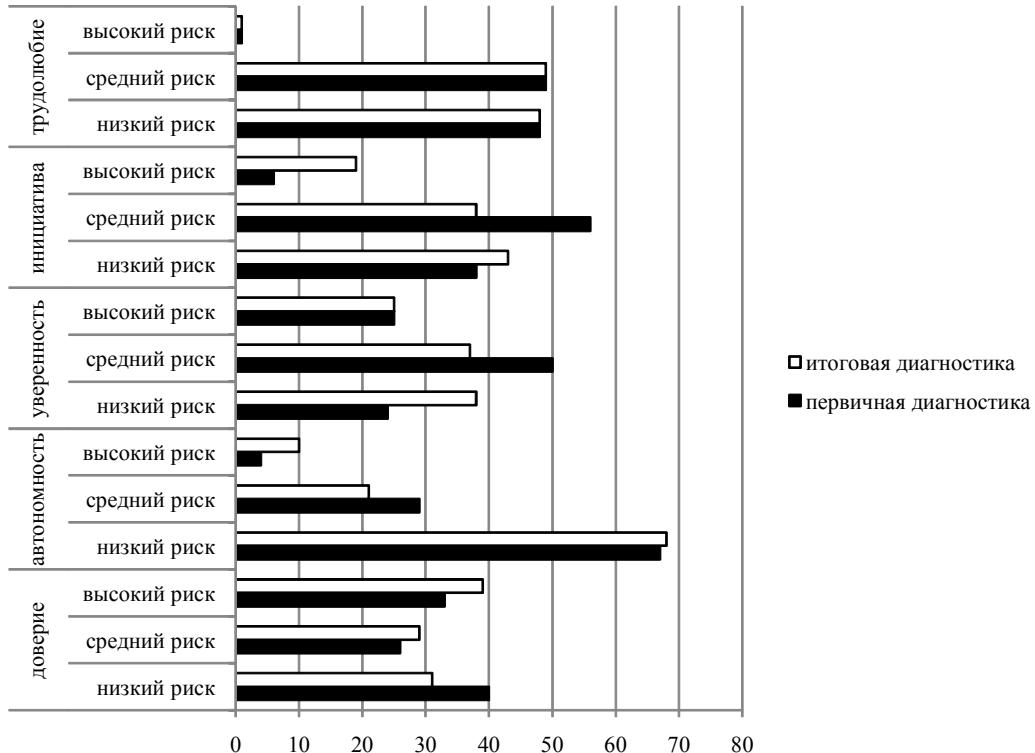


Рисунок 8. Изменения в области базисных свойств личности у детей в возрасте 9-11 лет из контрольной группы

высокого риска (10,9%), меньшая – в группу низкого риска (7,3%). Вероятно, снижение инициативности у данной группы учащихся связано с тем, что 75% учащихся данной возрастной группы являлись учениками 5 класса. Данный возрастной период характеризуется новой развивающей ситуацией: переход на новую ступень обучения, с новыми мобилизующими требованиями, адаптационным периодом.

В области новообразований возраста в экспериментальной группе среди детей 9-11 лет выявлена положительная динамика в области навыков ответственного выбора. 52% учащихся данной группы перешли из группы высокого риска в группу среднего (23,8%) и низкого риска (28,2%). По остальным параметрам новообразований возраста существенных изменений не произошло (рисунок 9).

В группах, где специальная психокоррекционная работа не проводилась, отмечена динамика в области интернальности, навыков ответственного выбора, доступа к внутренним ресурсам. Как видно из данных, представленных на рисунке 10, в группе с высоким уровнем риска в области интранеальности количество учащихся сократилось на 19,5%. Часть из них перешла в группу низкого риска (10,1%) и часть – в группу высокого риска (9,4%). В отношении такого психологического свойства личности, как навыки ответственного выбора, также произошли существенные изменения. Уменьшилось количество лиц, составляющих группу низкого риска, на 14,6% и среднего риска на 12,9%. Эти лица перешли в группу

высокого риска. В области доступа к внутренним ресурсам увеличилось на 13,5% количество учащихся в группе высокого риска. В данный возрастной период одним из основных новообразований возраста является сформированная произвольная регуляция поведения с навыками ответственного выбора. Для конструктивного развития данного свойства необходимы комфортные условия (позитивное социальное окружение, помочь основных агентов развития – родителей, учителей, сверстников). Вероятно, в данном случае можно говорить о недостаточной работе данных структур в плане формирования психологических свойств и качеств в контрольных группах. Поскольку ни одно качество мы не можем брать разрозненно с другими, то можно высказать предположение, что такие свойства личности, как интернальность и доступ к внутренним ресурсам, развиваются параллельно с навыками ответственного выбора.

В данной возрастной категории (9-11 лет) в области социальных факторов и в биологической сфере изменений не произошло.

Анализ анкет родителей учащихся и классных руководителей в 4-5 классах (9-11 лет) указывает на такую форму дезадаптации, как снижение успеваемости школьников. Так, снижение успеваемости в течение года у учащихся экспериментальных групп отмечается существенно реже, нежели у учащихся в контрольных группах (45,58% в контрольной группе против 23% в экспериментальной). Снижение успев-

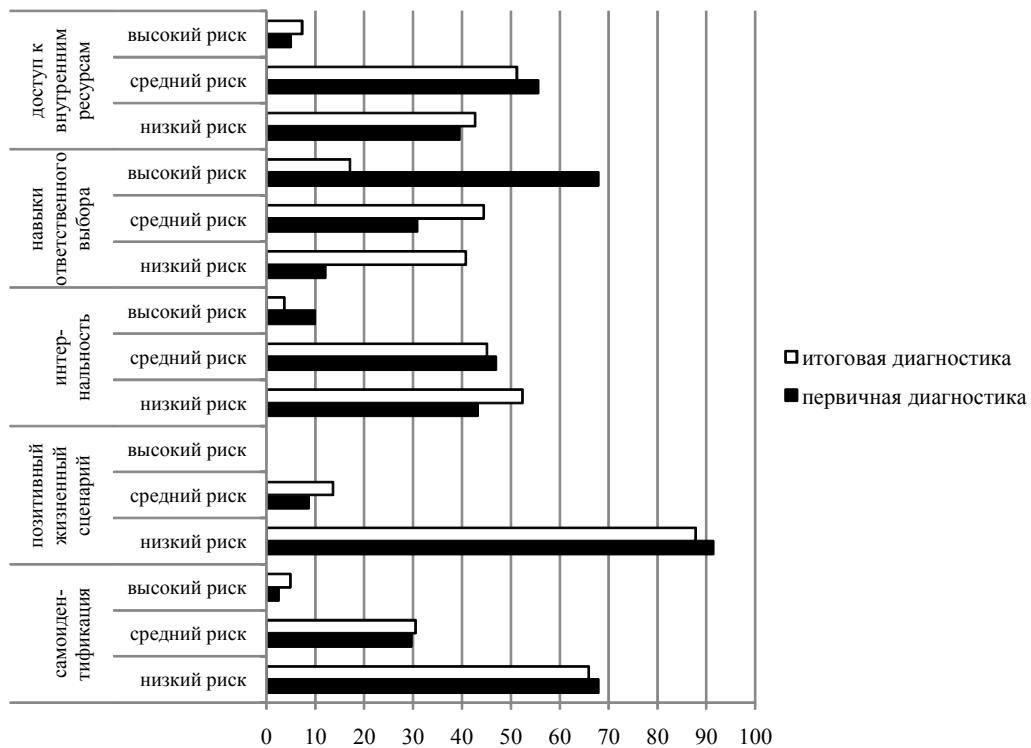


Рисунок 9. Изменения в области новообразований возраста у детей 9-11 лет из экспериментальной группы

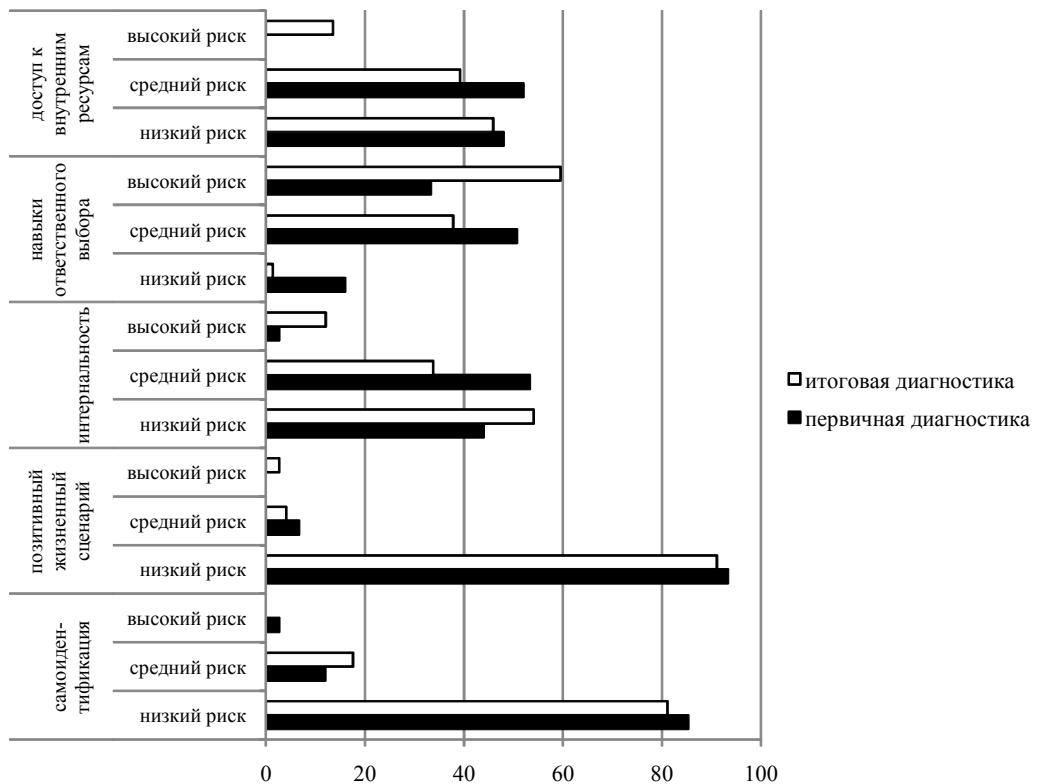


Рисунок 10. Изменения в области новообразований возраста у детей 9-11 лет из контрольной группы

ваемости среди 5-классников может быть связано с периодом школьной адаптации к новой социальной ситуации (переход на новую структуру учебного процесса). Поэтому в данных классах необходимо проводить работу, направленную на формирование адаптационных механизмов у школьников.

Не отмечается снижения успеваемости в экспериментальной группе у 76% учащихся. В контрольной группе это число составляет лишь 54% от общей численности.

Из отзывов классных руководителей о психокоррекционной программе: «Считаю, что данные психологические занятия способствуют развитию коммуникативных навыков, сплочению коллектива, умению выражать свои чувства, самопознанию, развитию познавательных процессов. Из наблюдения за детьми, со времени проведения занятий, заметила положительные изменения во взаимоотношениях среди детей, ребята стали более сплочёнными, мальчики и девочки более открыто, доверительно общаются между собой».

Результаты проведённого исследования позволяют сделать некоторые выводы.

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

1. Психологическая сфера:
 - a) повышение уровня базисных свойств личности: доверия, автономности, уверенности и инициативы;
 - b) повышение уровня произвольной регуляции поведения с навыками ответственного выбора у детей экспериментальных групп в возрасте 9-11 лет.
2. Социальная сфера. Уровень адаптации учащихся экспериментальных групп существенно выше, нежели у групп учащихся контроля.

Часть V. Организация профилактической работы в школе

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 практиках [16, 21, 23, 24, 35, 41, 44, 45, 46, 51, 52, 58, 61, 68, 69, 72, 73, 76, 77, 78].

Психологом осуществляется выбор форм и методов работы:

- индивидуальная;
- групповая;
- работа с родителями;
- работа с педагогами.

Занятия могут проводиться один раз в неделю или чаще, всё зависит от целей и задач, стоящих перед специалистом, его возможностей, а также от ост-

роты проблемы. Продолжительность психокоррекционного процесса также 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).

На *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, букме-

керских 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 молодёжи. 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).

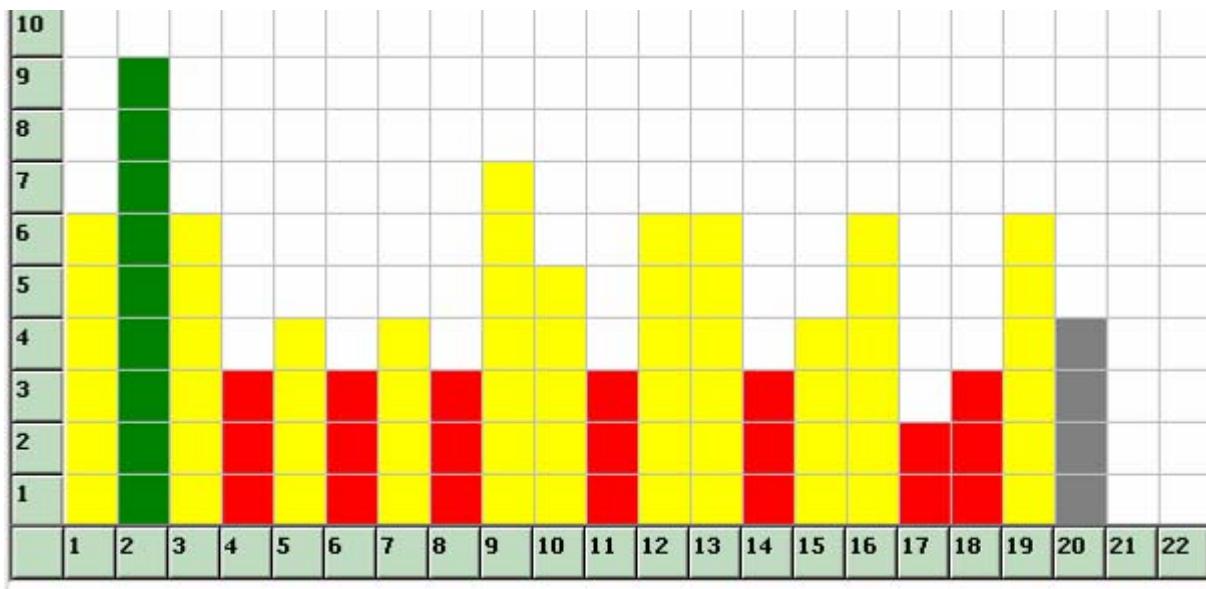
Коллективом казахстанских ученых (Ж.Ш. Аманова, А.Л. Катков, Т.В. Пак, Ю.А. Россинский, О.Г. Юсопов) при поддержке Института управления кризисом (г. Павлодар), разработали оригинальный способ (опросник) определения уровня психологического здоровья/устойчивости [18]. Опросник позволяет определять:

- 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 11, приведён пример заключения итоговой диагностики уровня психологического здоровья/устойчивости к вовлечению в зависимое поведение учащегося средней общеобразовательной школы. Рассмотрим результаты диагностики по трём направлениям:

1. Биологический риск:
 - a) гиперактивность;
 - б) поведенческие нарушения;
 - в) эмоциональные нарушения;
 - г) наследственность и нарушения развития в первые годы жизни.
2. Психологический риск:
 - a) базисные свойства личности:
 - базальное доверие;
 - автономность;
 - уверенность;
 - инициатива;
 - трудолюбие;
 - ответственность.
 - б) новообразования возраста:
 - самоидентификация;
 - позитивный жизненный сценарий;
 - навыки ответственного выбора;
 - внутренний локус контроля;
 - доступ к внутренним ресурсам;



- 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 11. Пример заключения итоговой диагностики уровня психологического здоровья

-
- информированность о вреде ПАВ.
 - 3. Социальный риск:
 - а) адаптивные способности;
 - б) стили взаимодействия;
 - в) характеристики функциональности семьи.

Результаты диагностики показывают наличие ярко выраженного риска в области биологических факторов по шкале наследственности и нарушений развития в начальные 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 контроля. 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 также решить организационные вопросы:

- 1) выбрать помещение для проведения занятий. Желательно проводить занятия в специально оборудованном, достаточно просторном помещении, удалённом от учебных классов. Там 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 родителей 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 способствует 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 *третий (основной) стадии* решаются главные коррекционные задачи программы, соответственно выделенным мишениям.

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

Для развития рефлексии используются так же упражнения «Незаконченное предложение» (устный вариант), «Оцени себя сам» (с использованием наглядной «лесенки»), «Прежде чем ответить, посмотря на себя». Такие обсуждения должны быть непролongательными 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 доверия 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 раз-

миночные 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 упражнения), однако следует добиваться участия каждого члена группы.

Рефлексия занятия представляют собой его оценку в двух аспектах: смыслом (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 учёбе 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 ее 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 9–11 лет.

На первом этапе создания этих 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 употреблять, 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 вещества 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 остаётся 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 здоровья 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 названных 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 про-

шли апробацию в школах Казахстана, показали высокую эффективность. Так, в исследуемых группах были получены следующие результаты:

- повышение уровня базисных свойств личности: доверия, автономности, уверенности и инициативы;
- повышение уровня произвольной регуляции поведения с навыками ответственного выбора;
- повышение уровня социальной адаптации (качество учебной деятельности, навыков взаимодействия в коллективе, взаимоотношений с родителями).

Среди выявленных нами факторов риска также 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 ребёнком. Причины, последствия, помощь*. – М., 2006.
2. Акопов А.Ю. *Лечение игровой зависимости. Психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции*. – СПб., 2004.
3. Алтынбеков С.А., Катков А.Л. *Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан*. – Павлодар, 2006. – 302 с.
4. 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.
5. Ананьев Б.Г. *Психологическая структура личности и её становление в процессе индивидуального развития человека* / Б.Г. Ананьев // *Психология личности*. – Самара: Издательский дом «Бахрах-М», 2002. – Т.2. Хрестоматия. – С. 7-95.
6. Бердихина М.В. *К вопросу о гемблинговой аддикции у подростков: психологопедагогические аспекты*: Сб. тр. молодых учёных / Владимир. гос. пед. ун-т. – Владимир, 2007. – № 7. – С. 96-98.
7. Бернс Р. *Развитие Я – концепции и воспитание* / Р. Бернс / Пер. с англ. – М.: Изд. «Прогресс», 1986. – 424 с.
8. Божович Л.И. *Личность и её формирование в детском возрасте*. – М., 1968. – С. 421-439.
9. Валентик Ю.В. *Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.narcom.ru
10. Валентик Ю.В. *Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2003. – Т. III, № 2.
11. *Возрастные особенности психического развития детей* / Под ред. Дубровиной И.В., Лисиной М.И. – М., 2009. – 245 с.
12. Выготский Л.С. *Развитие высших психических функций*. – М., 1960.
13. Годовой отчёт Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.
14. Гаврилова Т.П. *О кризисах в психическом развитии личности ребёнка* // *Психологические особенности формирования личности школьника*. – М., 2003.
15. Ганишина И.С., Ушаков А.И. *Неблагополучная семья и девиантное поведение несовершеннолетних*. – М., 2006.
16. Гусева Н.А. *Тренинг предупреждения вредных привычек у детей*. – СПб.: Речь, 2008.
17. Давыдов В.В. *Проблемы развивающего обучения*. – М.: Педагогика, 1986.
18. Диагностическая система определения уровня психологического здоровья и антинаркотической устойчивости личности [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://psyprogram.narod.ru/>.

-
-
19. Дмитриева Т., Положий Б. Руководство по социальной психиатрии. – М., 2009.
20. Драгунова Т.В. Психологические особенности подростка // Возрастная и педагогическая психология / Под ред. А.В. Петровского. – М.: Просвещение, 1979. – С. 98-141.
21. Дубровина И.В., Акимова М.К., Борисова Е.М. Рабочая книга школьного психолога. – М.: Просвещение, 1991. – 303 с.
22. Егоров А.Ю. Нехимические аддикции. – СПб.: Речь, 2007. – С. 192.
23. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции. – М.: изд-во МГУ, 1991.
24. Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. Справочник по групповой психокоррекции. – М.: Феникс, 2011.
25. Каражанова А.С. Особенности формирования зависимостей от психоактивных веществ в детском возрасте. Клинические и социально-психологические аспекты: Автореф. канд. дисс. – Алматы, 2004. – 34 с.
26. Каражанова А.С., Денисова Е.В. Зависимость от психоактивных веществ в детском возрасте: Методическое письмо. – Павлодар, 2003. – 70 с.
27. Катков А.Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2002. – Т. II, № 1. – С. 34-37.
28. 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.
29. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование социального и психического здоровья: Методические рекомендации. – Павлодар, 2002.
30. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года). – Павлодар, 2006. – 409 с.
31. 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.
32. 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.
33. Катков А.Л. К методологии комплексного исследования проблем социальных эпидемий // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 1. – С. 7-15.
34. 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.
35. Клюева Н.В., Касаткина Ю.В. Учим подростков общению. Характер, коммуникабельность. Популярное пособие для родителей и педагогов. – Ярославль: Академия развития, 2007.
36. Каган М.С. Человеческая деятельность. – М., 1974.
37. Коломинский Я.Л. Психология общения. – М., 1974.
38. Krakovskiy A.P. O подростках: содержание возрастного, полового и типологического в личности младшего и старшего подростка. – M.: Pedagogika, 1970. – 272 c.
39. Крутецкий В.А. Возрастные психологические особенности подростка. – Советская педагогика, 1970. – № 1. – С. 87-99.
40. Крутецкий В.А., Лукин Н.С. Психология подростка. – М.: Просвещение, 1965. – 314 с.
41. Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира подростков. Популярное пособие для родителей и педагогов. – Ярославль: Академия развития, 2006.
42. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1977.
43. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – СПб.: Речь, 2010. – 256 с.
44. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными подростками. – М.: Генезис, 2000.
45. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы. Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2004.
46. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Новейший справочник. – М.: Эксмо, 2005.
47. Маркова А.К., Матис Т.А., Орлов А.Б. Формирование мотивации учения. – М., 1990.
48. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание подростков с отклонениями в развитии. – М., 2003.
49. Менделевич В. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007.
50. Навыки, необходимые для здоровья. Всемирная организация здравоохранения. Информационные серии по школьному здравоохранению (документ 9). – Алматы, 2003.

-
-
51. Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. Социально-педагогическая поддержка подростков группы риска. – М., 2002.
52. Педагогические особенности формирования личности в педагогическом процессе / Под ред. Косаковски А., Ломышера И. и др.: Пер. с нем. – М., 1981.
53. Петровский А.В. Личность, деятельность, коллектив. – М., 1982.
54. Петровский А.В., Петровский В.А. «Я» в других и «другие» во мне // Будущее науки. – М., 1987.
55. Пиаже Ж. Речь и мышление ребёнка. – Ремис, 2008.
56. Приходжан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи. – М., 1990.
57. Профилактика аддиктивного поведения школьников: Учебно-методическое пособие / Под ред. А.К. Колеченко. – СПб.: КАРО, 2006.
58. Рамендиц Д.М. Тренинг личностного роста. Учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2007.
59. Раттер М. Помощь трудным детям. – М.: Прогресс, 1987. – 424 с.
60. Рекомендации по развитию локальных программ по предотвращению наркомании в Центральной Азии / Под ред. Б. Буковска, П. Яблонский, Я. Серославский. – Варшава, 2013.
61. Россинский Ю.А. Расстройства психической адаптации у подростков: клиника, профилактика и лечение. – Павлодар, 2002. – 47 с.
62. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. – М.: Генезис, 2001.
63. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Антропологический принцип в психологии развития // Вопросы психологии. – 1998. – № 6. – С. 3-17.
64. Слободчиков В.И. Психологические особенности знаний ребёнка о предметном мире в младшем школьном возрасте: автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 1976. – 23 с.
65. Тайчинов М.Г. Воспитание и самовоспитание школьников. – М.: Просвещение, 1982. – 160 с.
66. Телепова Н.Н. Религиозная аддикция как вид нехимической зависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.telepovs.com/
67. Фельдштейн Д.И. Психология развития личности в онтогенезе. – М.: Педагогика, 1989. – 208 с.
68. Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с детьми 3-9 лет. Психологические игры, упражнения, сказки. – М.: Генезис, 2003.
69. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я: Программа формирования психологического здоровья у младших школьников. – М.: Генезис, 2001.
70. Цукерман Г. А. Школьные трудности благополучных детей. – М.: Знание, 1989.
71. Цукерман Г.А. Схема индивидуального обследования детей младшего школьного возраста. – Томск: «Пеленг», 1993. – 69 с.
72. 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.
73. Шапарь В.Б. Тренинг ведущих видов деятельности личности. – М.: Феникс, 2007.
74. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. – 1971. – № 4. – С. 6-20.
75. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.
76. Эриксон Э.Г. Детство и общество // Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
77. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности / Э. Эриксон // Психология личности. Хрестоматия. – Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 2002. – Т. 1. – С. 305-348.
78. Юнг К. О становлении личности / К. Юнг // Психология личности. Хрестоматия. – Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 2002. – Т. 1. – С. 128-155.
79. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – Киев: Сфера, 2002.
80. Юферева Т.Н. Учащиеся переходят из начальной школы в среднюю // Рабочая книга школьного психолога / Под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1991. – С. 65-79.
81. Яблоков И. Религиоведение: Учебное пособие и учебный словарь-минимум по религиоведению. – 2002.
82. Fisher S. Identifying video game addiction in children and adolescents. Addict Behav. – 1994. – P. 545-543.
83. Volberg R.A. Prevalence studies of problem gambling in the United States. – 1996.
-
-

МЕТОДОЛОГИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СФЕРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (методическое руководство) (продолжение)

А.Л. Катков

г. Санкт-Петербург (Россия)

4. Специфические сложности исследований в сфере психотерапии и способы их преодоления

Основные методологические сложности, которые возникают при проведении научных исследований в сфере профессиональной психотерапии, в частности, при обосновании претензий этих исследований на статус доказательной исследовательской практики, связаны с двумя действительно сложными проблемами – фундаментальной и прикладной – которые присутствуют в информационном поле рассматриваемого научно-практического направления с тех пор, как оно стало привлекать внимание специалистов-исследователей.

Первая – фундаментальная для профессиональной психотерапии – проблема заключается в слабой проработанности предметной сферы этого становящегося научно-практическим направления с чего собственно и должна начинаться настоящая наука.

Вторая в большей степени прикладная проблема, выводимая из первой, заключается в сложности переноса традиционных – для сферы медицины – подходов доказательной исследовательской практики в область профессиональной психотерапии, что создавало серьёзные сложности при определении эффективности как используемых, так и исследуемых психотерапевтических методов.

В нижеследующих разделах мы рассмотрим примеры того, как наиболее современные и конструктивные методологические подходы могут быть использованы для преодоления этих фундаментальных и прикладных проблем, препятствующих развитию профессиональной психотерапии как состоятельно-го научно-практического направления.

Эти примеры кроме того демонстрируют некоторые фрагменты построения масштабных исследовательских проектов, которые завершены или находятся на стадии завершения, и знакомство с которыми может оказаться полезным в подготовке собственной исследовательской программы, ориентированной на разработку фундаментальных и прикладных направлений.

4.1. Предметная сфера профессиональной психотерапии; характеристики Базисной научно-исследовательской программы, реализуемой в данной сфере

Дефицит научных знаний в области адекватного определения предметной сферы профессиональной психотерапии преодолевался следующим образом.

Сущностные характеристики предметной сферы профессиональной психотерапии определялись нами ходе реализации комплексного исследовательского проекта с достаточно сложной методологической схемой, в которой были представлены следующие допущения и алгоритм выведения данных характеристик:

- идентификация сущностных феноменов психотерапии, определяющих потребность человека и социума в данном виде деятельности;
- генерация базисных и прикладных концептов (при необходимости данный процесс может быть дополнен соответствующей интерпретацией имеющейся теоретической базы), адекватно проясняющих феноменологическое поле профессиональной психотерапии;
- формирование – на базе разработанных фундаментальных и прикладных концептов – гипотетических моделей основных блоков профессиональной психотерапии (данний процесс предполагает продуманную дифференциацию исследуемых концептов на параметры измерения их существенных характеристик; определение основных и вспомогательных методов измерения соответствующих параметров; определение процедуры синтеза и последующей интерпретации полученных результатов; разработку методологии установления степени надежности полученных данных);
- процесс измерения исследуемых параметров в соответствие с разработанной методологией (данний процесс может быть реализован во множестве исследовательских фрагментов, с условием того, что научный дизайн этих проектов будет опираться на общую методологическую базу);
- процесс интерпретации и установления надёжности полученных данных; проверка дееспособности рабочих моделей основных функциональных блоков профессиональной психотерапии;
- коррекция первичной концептуальной базы; синтез нового знания;
- определение места профессиональной психотерапии в ареале научных дисциплин; выведение основных эвристических следствий полученной базы знаний для сопредельных областей и ареалов научных дисциплин и других дифференцированных областей гуманитарного опыта;
- выстраивание обновленной дисциплинарно-коммуникативной общности профессиональной психотерапии, в соответствие с масштабом определяемых научных и практических задач.

Далее, были сформулированы специфическими требованиями, предъявляемыми к определению предметной сферы профессиональной психотерапии:

- *функциональная дееспособность* (т.е. предметная сфера психотерапии должна адекватно представлять функциональную суть наиболее востребуемых психотерапевтических феноменов);
- *концептуальная состоятельность, эвристичность* (основа предметной сферы – базисные и прикладные концепты психотерапии, распределяемые по основным уровням дисциплинарной матрицы – должны в итоге составлять единый системообразующий стержень профессии, чётко демонстрировать перспективу развития профессиональной психотерапии как самостоятельного научно-практического направления, способного существенно обогатить сопредельные научно-практические дисциплины и ареал науки в целом);
- *параметрическая определённость* (в предметной сфере рассматриваемой дисциплины должны быть чётко установлены наиболее существенные параметры наблюдения, измерения и оценки эффективности психотерапии; определена методология данного исследовательского процесса);
 - *научно-методологическая проработанность, стройность, эвристичность* (предметная сфера должна быть представлена научно-обоснованными моделями психотерапевтического процесса с его основными универсалиями, поддающимися измерению и исследованию, и показывающими возможность продвижения к полноценной внутренней интеграции профессии);
 - *практическая (технологическая) проработанность и эвристичность* (в предметной сфере профессиональной психотерапии должны находить отражение возможности как универсального, так и уникального технического синтеза; возможности выведения универсальных и специальных терапевтических мишеней);
 - *дееспособность в отношении пространования главных идентификационных векторов профессиональной психотерапии* (дифференциальных – демонстрирующих сущностное отличие психотерапии от так называемых «материнских» дисциплин; интегративных – показывающих возможность конструктивной интеграции психотерапии с сопредельными научно-практическими дисциплинами и ареалом науки в целом);
 - *возможность выведения основных профессиональных установок и институций* (в предметной сфере профессиональной психотерапии должна быть представлена вся необходимая информация, обеспечивающая возможность выведения полного набора функций, а также миссии рассматриваемого научно-практического направления; адекватного нормативного и этического оформления профессиональной – практической, образовательной, научной – деятельности).

На основании реализованного массива исследований, проведённых с учётом вышеприведённых специфических требований, было определено, что предметную сферу профессиональной психотерапии представляют следующие структурные характеристики – дифференцируемые ряды:

- феноменологический;
- концептуально-методологический;
- параметрический;
- технологический;
- нормативно-профессиональный;
- нормативно-этический.

Было показано, что эти ряды – содержательные и функциональные – должны прорабатываться за счёт реализации Базисной научно-исследовательской программы (НИП), которая собственно и представляет системообразующий стержень профессиональной психотерапии, легализующий данную область дифференцированного опыта и знаний в статусе самостоятельной научно-практической дисциплины (структурные характеристики Базисной НИП приводятся в следующих подразделах).

На первых этапах реализации Базисной НИП были проработаны первые четыре позиции – содержательные (феноменологический и концептуально-методологический ряды) и функциональные (параметрический и технологический ряды).

В результате был выведен концептуальный стержень предметной сферы профессиональной психотерапии, который одновременно представлял собой понятную и измеряемую функциональную структуру. Таким образом, сущностные характеристики предметной сферы профессиональной психотерапии, по результатам проведённых нами исследований, оказались представленными следующими концептуальными и взаимозависимыми блоками: идентифицированными эволюционными контекстами, демонстрирующими актуальность высоких темпов развития профессиональной психотерапии → определением наиболее востребованного феномена профессиональной психотерапии – *возможности достижения стойких конструктивных изменений в ограниченные временные периоды – как отправной точки всей последующей системы научных объяснений и интерпретаций* → концептом ассоциированной эпистемологической платформы, как несущей структуры, обеспечивающей возможность имплементации профессиональной психотерапии в систему кодифицированных научных знаний → концептом объёмной реальности, демонстрирующим неустранимость феномена психического из любых моделей реальности и аргументирующим динамику сверхбыстрых адаптивных изменений субъекта, за счёт особого взаимодействия дифференцируемых субстатусов объёмной реальности → универсальной моделью адаптивно-креативного цикла, демонстрирующей алгоритмы конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресур-

сного потенциала профессиональной психотерапии → моделью трёхуровневой психотерапевтической коммуникации, в полной мере, раскрывающей универсальный потенциала психотерапии → системой макро- и мета- мишеней, макро- и мета- технологий, конкретизирующих механизмы трёхуровневой психотерапевтической коммуникации и являющейся необходимой базой для понимания функционального смысла общетерапевтических факторов → системой параметров и индикаторов, оценивающих полноту и качество используемых макро и мета- технологий, структурированных техник профессиональной психотерапии, а так же скорость продвижения субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла → убедительной демонстрацией факта того, что все поименованные позиции, во-первых, раскладываются по универсальным уровням дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, а во-вторых – по блокам Базисной НИП – системообразующего стержня данной дисциплины.

Практически важными здесь являются две последние позиции, ясно показывающие общую функционально-прагматическую направленность выше приведённой концептуальной схемы.

Общая схема уровней дисциплинарной матрицы (дисциплинарная матрица – системная иерархическая структура какого-либо научно-практического направления) – ещё одной важнейшей характеристики предметной сферы профессиональной психотерапии, на иерархических уровнях которой располагаются вышеприведённые концепты, – следующая:

1) *уровень фундаментальных допущений*, определяющий принадлежность конкретной дисциплины к ареалу науки и далее – к какому-либо полюсу научных знаний – естественнонаучному, гуманитарному; на данном уровне, за счёт использования потенциала Базисной НИП, существуют возможности агрегации различных полюсов научного знания – в той или иной степени касающихся предметной сферы профессиональной психотерапии – в единую непротиворечивую систему;

2) *уровень базисных научных дисциплин, теорий, концепций*, представляющий те научные дисциплины с их основополагающими теориями и концепциями, с учётом которых формируются исходные установки профессиональной психотерапии как самостоятельного научно-практического направления; и далее, эти установки трансформируются в целостные, непротиворечивые концептуальные блоки с использованием потенциала Базисной НИП;

3) *уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций*, на котором представлены основные теоретические разработки рассматриваемого научно-практического направления, доктринальные установки и принципы их реализации в системе действующих профессиональных институтов; на данном уровне осуществляется постоянное обогащение собственной теоретической базы профессиональной

психотерапии за счёт неконфликтной имплементации результатов, получаемых в профильных исследованиях, в анализируемые теоретическую и практическую части этой дисциплины;

4) *уровень актуального профессионального поля*, представленный обновляемым набором актуальных знаний – умений – навыков, необходимых для профессионалов, действующих в сфере профессиональной психотерапии; на данном уровне существуют возможность расширения границ профессиональной компетенции специалистов-практиков, специалистов-исследователей, а также – специалистов, действующих в системе профессиональной подготовки, с учётом результатов реализованных направлений Базисной НИП;

5) *уровень профессиональных стандартов*, представленный системой стандартов, разработанной для профессиональной психотерапии; профессиональные стандарты формируют «видимый» сектор рассматриваемого научно-практического направления, непосредственно соприкасающийся с основными контактными группами потребителей профильных услуг; в случае адекватной ассимиляции полученных научных результатов по реализации фрагментов Базисной НИП, профессиональные стандарты рассматриваемого научно-практического направления могут и должны постоянно модифицироваться, за счёт чего собственно и осуществляется инновационное развитие психотерапевтической практики с возможностью постоянного роста качества оказываемой психотерапевтической помощи.

Далее, практически важным было сведение наиболее значимых функциональных положений выше приведённых концептуальных блоков в концептуальную схему, понятную специалистам, действующим в сфере профессиональной психотерапии и в сопредельных сферах, и располагающуюся на третьем уровне дисциплинарной матрицы (*уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций*). Данная схема полностью описана нами в статье «*Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)*», опубликованной на сайтах РОП и RUS PSY, а так же – в первом номере журнала «*Теория и практика охраны психического здоровья* № 1 (1), 2015 г.

Здесь мы приводим лишь те содержательные характеристики, которые позиционируют категорию предметной сферы профессиональной психотерапии как универсальные мишины психотерапевтического процесса, а также позволяют вывести адекватное (в нашем случае – научно обоснованное) определение профессиональной психотерапии.

В контексте разработанных нами методологических установок основная содержательная характеристика предметной сферы профессиональной психотерапии, представленная на третьем матричном уровне – категория качества психического здоровья

или *психологическое здоровье* определяется как система психологических факторов (свойств, процессов и состояний), высокий уровень развития которых обеспечивает эффективную самоорганизацию, безопасность и устойчивое развитие человека в агрессивной среде.

Соответственно *уровни психологического здоровья* определяются как определённая степень развития обозначенной совокупности психологических факторов у конкретного субъекта (индивидуальные характеристики психологического здоровья) или степень интенсивности распределения ранжированных характеристик в исследуемой выборке населения (социальные характеристики психологического здоровья).

При этом следует иметь в виду, что идентифицируемые уровни индивидуального и социального психологического здоровья, определяемые в соответствие с базисной методикой, адресуются к социальному индикатору, учитываемому при выведении общего контекста Базисной НИП. В нашем случае это индикаторы индивидуальной и социальной эффективности, степени риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, наличие показаний к профессиональному – профилактическому, консультативно-психологическому, психотерапевтическому – вмешательству.

Важным аспектом данного определения содержательных характеристик предметной сферы профессиональной психотерапии является акцент именно на те психологические свойства, процессы и состояния, которые идентифицируются в соответствие с заданным функциональным контекстом – то есть являются измеряемыми зависимыми переменными (*т. е. на эти переменные можно влиять, в частности за счёт использования эффективных психотерапевтических технологий*), имеющими понятный pragmatischeskiy смысл.

На этом же уровне дисциплинарной матрицы нами была выведена следующая формула эффективности психотерапевтического вмешательства (эта формула так же интегрирует концепты вышеперечисленных иерархических уровней), которая демонстрирует взаимодействие содержательных и технологических аспектов предметной сферы профессиональной психотерапии: актуализация (за счёт используемых макро- и метатехнологических подходов) эволюционно заложенных механизмов скорости – гиперпластики адаптивных изменений + умножение (за счёт множества используемых вариантов структурно-технологического оформления методов психотерапии) числа конструктивных альтернатив кризисного развития субъекта + форсированное достижение (за счёт совокупности используемых технологических подходов) высоких уровней психологического здоровья, обеспечивающего эффективную самоорганизацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде.

На примере этой формулы, во-первых, можно продемонстрировать, что конструктивные эффекты психотерапии обусловлены, в основном, присутствием в используемых психотерапевтических технологиях универсальных и наиболее эффективных стратегий кризисного развития открытых систем, которые связаны с возвратом к общему «стволу», из которого берут начало несущие параметры порядка, с пересмотром общих принципов их формирования; существенным увеличением информационных стратегий, умножением числа жизненных альтернатив, которые в русле синергетического подхода рассматриваются как необходимое условие выживания системы, двигающейся по катастрофическому сценарию развития; возможностью развития компенсаторных структур – высоких уровней психологического здоровья, – восполняющих дефицит ресурсных параметров порядка на этапах кризисного развития такой сложнейшей системы, которую представляет собой человек.

И, во-вторых – показать, что первое слагаемое в данной формуле обеспечивается универсальными, второе – уникальными, а третье – совокупностью универсальных и уникальных технологических характеристик предметной сферы профессиональной психотерапии.

С позиции доказательной исследовательской практики, главным здесь является то, что эти взаимодополняющие характеристики эффективности психотерапевтического процесса, преобразованные в соответствующие универсальные и специфические индикаторы эффективности, становятся доступны для измерения и последующего анализа.

В общем контексте всего сказанного, профессиональная психотерапия определяется нами как: *становящаяся научно-практическая дисциплина, разрабатывающая и реализующая специфические методы взаимодействия психотерапевта с пациентом или группой, направленного на эффективное совладание с проблемной или кризисной ситуацией, мобилизацию ресурсов психики и всего организма на преодоление последствий влияния болезнетворных факторов, форсированное развитие эффективной самоорганизации, высоких уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды*. В данном определении так же можно проследить обращение к технологическим и содержательным характеристикам (содержательные характеристики здесь дифференцированы по основным функциональным аспектам) предметной сферы профессиональной психотерапии.

Из такого комплексного и в то же время дифференцированного определения предметной сферы профессиональной психотерапии следует один очень важный вывод, который мы рекомендуем иметь ввиду начинающим специалистам-исследователям: научные проекты, с полным правом относимые к сфере профессиональной психотерапии, мо-

гут «располагаться» на любом из приведённых уровней дисциплинарной матрицы, в зависимости от вектора научных интересов автора – фундаментальных, базисных, узко теоретических, практических. При этом, имея системные представления о предметной сфере профессиональной психотерапии, специалист-исследователь почти всегда сможет оценить значение полученных им результатов для нижележащих уровней дисциплинарной матрицы, что собственно и является стимулом для проведения дальнейших, более прагматических исследований (например, в сфере расширения технологического ассортимента, совершенствования системы профессиональных стандартов, используемых в сфере профессиональной психотерапии). Но так же специалист-исследователь может двигаться и в «восходящем» – по уровням дисциплинарной матрицы – направлении, пересматривая базисные или даже фундаментальные научные установки на основании продуманной интерпретации полученных им результатов.

Далее, мы рассмотрим основные характеристики Базисной научно-исследовательской программы, ориентированной на форсированное развитие профессиональной психотерапии как научной дисциплины, имеющей непосредственное отношение к достижению высоких уровней развития индивидуального и социального психологического здоровья.

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

В этом смысле, нужно понимать, какая система фундаментальных допущений выполняют здесь функцию «фундаментальной теории» по И. Лакатос (в нашем случае это концепты ассоциированной эпистемологической платформы и объёмной реаль-

ности, располагающиеся на уровне фундаментальных допущений дисциплинарной матрицы); что есть «жёсткое ядро» и «вспомогательные гипотезы» в общей конструкции Базисной НИП, в каких динамических отношениях эти структурные компоненты находятся, и почему именно базисная научно-исследовательская программа, а, к примеру, не концепция научной парадигмы Томаса Куна (1975), оказалась более адекватной для научной репрезентации предметной сферы профессиональной психотерапии, в частности – феноменов, наблюдавшихся в ходе психотерапевтического процесса.

Ответ здесь лежит в плоскости того, что исследуемая в сфере профессиональной психотерапии проблематика в той или иной степени касается многих научных направлений, выстроенных на основе различных парадигмальных установок – психологии, психиатрии, аддиктологии, клинической медицины в целом, педагогики, социологии, специальной эпистемологии – с одной стороны; биологии, нейрофизиологии, генетики, философии и физике времени – с другой. И далее, конечно, необходимо иметь в виду, что в установочных позициях таких сложных научных конгломератов, которые присутствуют на втором уровне дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, первоочередное значение имеют исследовательские контексты, которые выстраиваются на основании многочисленных парадигмальных установок, и которые формируют кластер «вспомогательных гипотез» в макроструктуре Базисной НИП.

Наличие множества разнообразных плоскостей анализа, абсолютно неизбежное в рассматриваемой сфере, в данном случае не воспринимается как дефект и не устраняется из методологического содержания конкретных фрагментов Базисной НИП, поскольку в своём стержне Базисная научно-исследовательская программа содержит возможность выведения общих информационных моделей любой рассматриваемой проблематики. Формирование таких двухмерных или даже – при определённых условиях – трёхмерных информационных моделей представляет собой универсальную технологию картирования отдельных научных проблем, дисциплин, направлений и науки в целом, реализуемую за счёт сложной математической обработки имеющихся массивов информации. Результатирующая объёмная карта, учитывающая в том числе и методологические контексты, в которых были получены определённые массивы информации, является непременным атрибутом современного научного планирования, помогает избежать непродуктивных затрат на производство неактуальных и вторичных знаний и является своеобразным методологическим «справочником» для исследовательских коллективов. Соответственно, разработка Базисной НИП в сфере профессиональной психотерапии – это «правильный шаг в правильном направлении» формирования такой

информационной суперсистемы, с помощью которой преодолеваются противоречия и решаются задачи любой степени сложности.

Далее следует констатировать тот факт, что исследования, проводимые в сфере профессиональной психотерапии в существенно большей степени, чем, например, изучение биологических основ психических и поведенческих расстройств, должны опираться на следующие эпистемологические установки эпохи научного постмодерна:

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

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

- основной принцип, на основании которого формируется алгоритм реализации определённого направления базисной НИП, должен быть, безусловно, функциональным; то есть исследуемая характеристика предметного поля профессиональной психотерапии, например, содержательная характеристика определённого свойства психологического здоровья, должна быть представлена через общую, частную или антагонистическую функцию, доступную измерению, легко трансформируемую в мишень для соответствующего терапевтического или развивающего воздействия, и далее – в систему промежуточных и конечных индикаторов, на основании динамики которых, например, делается вывод об эффективности предлагаемых инновационных технологий;

- при сохранении значимости ретроспективного (т.е. обращённого в прошлое) вектора исследования, приоритетным в общем формате Базисной НИП является проспективный – обращённый в будущее – вектор исследования, изучающий возможности форсированного развития конструктивного или, наоборот, стагнации деструктивного признака, на который оказывает влияние психотерапевтический процесс, в требуемых параметрах масштаба и скорости изменений. В связи с этим, дискуссия о взаимозависимости биологических, социальных и психологических факторов в обеспечении уровней адаптации и качества жизни конкретного субъекта или исследуе-

мых групп населения должна разворачиваться в сторону научно-обоснованной аргументации того, в какой степени форсированное развитие за счёт использования технологий профессиональной психотерапии компонентов индивидуального, либо социального психологического здоровья способно компенсировать исходно неблагоприятные биологические или социальные обстоятельства и обеспечивать устойчивую тенденцию конструктивного развития субъекта или группы;

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

Требования к оформлению структуры Базисной научно-исследовательской программы, реализуемой в сфере профессиональной психотерапии, приведены в следующей схеме.

Общий раздел

- *констатирующая часть* с результатами анализа основных исторических, эволюционных, биологических, социальных и иных актуальных контекстов, и выводимыми отсюда установочными позициями в отношении необходимости исследования предметной сферы профессиональной психотерапии;

- *эпистемологическая часть* с результатами углубленного эпистемологического анализа и выводимым отсюда методологическим обоснованием специфики научных исследований в сфере профессиональной психотерапии (сюда включается концептуальная часть с обозначением системообразующего стержня Базисной НИП, а так же – гипотетическая часть, формируемая «рабочими» компонентами базисной научно-исследовательской программы);

- *аналитическая часть* с результатами идентификации предметной сферы профессиональной психотерапии, дифференцируемой, в том числе и с учётом контекста наиболее перспективных направлений, а так же – актуальной частной проблематики, размещаемых в соответствующих разделах Базисной НИП.

Раздел целеполагания

- *иерархия целей Базисной НИП*, расписанная в соответствии с установленными приоритетами в области исследования предметной сферы профессиональной психотерапии, матричным принципом организации тематических научных исследований, приоритетными прикладными проблемами;

- *систематизация задач*, необходимых для достижения каждой из планируемых целей;

- *структурное оформление* основных направлений исследовательской деятельности в виде завер-

шённых проектов или комплексных исследовательских программ;

– *краткое описание результатов*, достижение которых планируется по каждому из разработанных направлений НИП с выведением перспективы компенсации дефицита в системе кодифицированной – по матричному принципу – экспертной базы знаний, а так же выведение системы промежуточных и итоговых индикаторов эффективности реализации каждого направления НИП.

Специальный раздел

В данном разделе каждый пакет рабочих гипотез и соответствующее направление исследовательской деятельности выделяются в отдельные подразделы. Эти подразделы содержат исчерпывающую информацию по следующим позициям:

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

Институциональный раздел

- в данном разделе прописываются процедуры институализации научных достижений в содержание профессиональных стандартов психотерапевтических, консультативных, воспитательных, образовательных и иных развивающих практик, реализуемых в метамодели социальной психотерапии;
- процесс институализации инновационных технологий, охватывающих все направления функциональной профессиональной психотерапии, – помогающее, развивающее,саногенное, социально-стабилизирующее – безусловно, должен сопровож-

даться масштабным мониторингом эффективности и адекватным методологическим сопровождением;

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

Раздел мониторинга и коррекции

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

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

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

- результаты такого многоуровневого мониторинга заносятся в экспертные базы данных, на основании чего в последующем формируются конгломераты «больших данных» по теме профессиональной психотерапии.

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

Без сомнения, главная и наиболее востребованная особенность Базисной НИП состоит в том, что за счёт потенциала данной программы – специальных информационных метатехнологий – можно сводить в единую информационную матрицу разноуровневые, разнораспределенные и разноплановые (в смысле используемой методологии) исследования, проводимые в общем поле предметной сферы профессиональной психотерапии.

Именно таким образом и преодолевается первая фундаментальная для становящейся психотерапевтической науки проблема адекватной идентификации предметной сферы профессиональной психотерапии.

4.2. Специфика исследовательских подходов, используемых в сфере профессиональной психотерапии

Вторая, в большей степени прикладная проблема, связанная со сложностью переноса традицион-

ных – для сферы медицины – подходов доказательной исследовательской практики в область профессиональной психотерапии, представлена нижеследующими тезисами.

Наиболее часто цитируемым высказыванием, суммирующим «несовершенство» существующей методологии профильных научных исследований и, в частности, методологии определения эффективности психотерапии, является фрагмент обзора R. Russee, D. Orlinsky (1996), где прямо говорится о некорректности перенесения ряда исследовательских принципов современной медицины на психотерапию в силу её специфических особенностей как метода помощи. В частности, упомянутые авторы заявляют о том, что психотерапия заимствовала общепризнанную модель проведения исследования или парадигму, в связи с чем « попала в капкан малореалистичной и узкой исследовательской модели», используемой в медицине. На основании чего делается вывод о пребывании методологии исследовательского процесса в состоянии более или менее глубокого кризиса. И далее: «Можно так же отметить затруднительность механического переноса процедуры рандомизации из фармакологической терапии в психотерапию вследствие: невозможности использования двойного слепого метода; необходимости точного, а не формального описания модальности психотерапии; необходимости учёта личной эффективности психотерапевта; ограниченности исторического контроля; учёта при рандомизации предпочтения пациентами форм психотерапии» (Р.Д. Тукаев, 2004).

Полагаем, что вышеприведённые тезисы весьма точно обозначают контуры методологического кризиса, который в действительности не только препятствовал развитие профессиональной психотерапии как научно-практического направления, но и серьёзно затруднял обоснование эффективности традиционно используемых и экспериментальных психотерапевтических методов.

Тем не менее, как только необходимые исследования в сфере адекватной идентификации и дифференциации предметной сферы профессиональной психотерапии были завершены, а Базисная научно-исследовательская программа с продуманной методологией преодоления существующих ограничений в исследовательской практике для сферы профессиональной психотерапии – в своих основных компонентах – разработана и реализована, то оказалось, что «осуждаемая» узко-медицинская модель доказательной исследовательской практики является лишь «призраком» методологического тупика, в котором якобы до настоящего времени пребывает профессиональная психотерапия. Что собственно и подтверждает справедливость тезиса о тесной взаимозависимости фундаментальных и прикладных методологических проблем в рассматриваемой научно-практической сфере.

Этот последний тезис, безусловно, нуждается в соответствующих пояснениях и иллюстрациях.

В частности, следует признать, что так называемая ограниченная рандомизация в профессиональной психотерапии, безусловно, возможна при условии достаточной компетенции в сфере доказательной исследовательской практики и должной степени усердия специалиста-исследователя. В то же время опасения в связи с тем, что предпочтения клиентов в том или ином методе профессиональной психотерапии окажутся непреодолимым смущающим фактором оказались явно преувеличены. Дело в том, что точно такие же предпочтения присутствуют и в общей популяции. Кроме того выяснилось, что население, мотивированное на получение психотерапевтической помощи (только из этой страты населения мы и можем набирать как контрольные, так и экспериментальные исследуемые группы, да и вообще любых клиентов для сугубо практической работы по этическим условиям проведения профессиональной психотерапии), в существенно большей степени ориентировано на квалификацию и репутацию специалиста-психотерапевта, чем на метод, который он практикует. В силу этого эффект, полученный в экспериментальной группе, с высокой и достаточной – по установленным статистико-математическим критериям – степенью вероятности воспроизводится и в общей популяции. То есть, базисный принцип доказательной исследовательской практики здесь не нарушается.

Но и это ещё не всё. В цитируемых фрагментах речь, в том числе, идёт о том, что в профильных психотерапевтических исследованиях не могут быть применены некоторые почти обязательные для методологии доказательной исследовательской практики приёмы слепого и двойного слепого контроля. При этом, что единственная цель последних – исключение основного смущающего фактора, обозначаемого как плацебо-эффект (ещё один смущающий фактор, известный как «хотторнский эффект», полностью исключить даже из процедуры клинических испытаний лекарственных препаратов не представляется возможным).

Однако, в ходе реализации базисных исследований, проводимых с целью уточнения предметной сферы профессиональной психотерапии, было выявлено, что функциональная роль феномена плацебо-эффекта, генерирующего основные «помехи» при оценке чистого фармакологического воздействия, в сфере профессиональной психотерапии представляется совершенно в ином контексте, в котором никакой необходимости освобождаться от этого «смущающего» фактора не существует. В данном контексте феномен, обозначаемый как «плацебо-эффект», – есть проявление фундаментальной способности психики человека к эффективной самоорганизации или сверхбыстрой «перенастройке» на какие-либо приемлемые и предметные (в техническом смысле) варианты конст-

руктивного прохождения кризисной фазы адаптивно-креативного цикла.

В частности, в этих комплексных исследованиях было показано, что обязательными компонентами такого «конструктивного перепрограммирования» являются: 1) переход от защитно-конфронтационной стратегии внесознательных инстанций клиента к синергетической с формированием тотальной гиперпластики; 2) наличие приемлемого для клиента варианта ресурсной поддержки, т.е. проекта терапии, обсуждаемого и проговариваемого в наиболее существенных деталях, имеющих непосредственное отношение к желаемому терапевтическому эффекту; 3) формирование стыковочного сценария, т. е. устанавливаемого за счёт использования специальных метатехнологий факта «привязывания» желаемых терапевтических эффектов к алгоритму планируемого технического действия; 4) формирование у клиента ресурсного состояния «особой веры в эффективность предлагаемого способа помощи», которое интерпретируется как полное принятие и утверждение (в том числе, и в основном, на уровне внесознательных инстанций психики клиента) программы такой помощи; 5) практически одновременная и даже опережающая критическая редукция состояния деморализации у клиента, т. е. переход от антиресурсного состояния неопределенности к ресурсному состоянию определённости и возможности мобилизации всего имеющегося потенциала на достижение планируемых терапевтических эффектов.

Таким образом, понятие плацебо-эффекта, в случае исследований, проводимых в сфере профессиональной психотерапии, с полным основанием можно заменить на проработанную метатехнологию формирования стыковочного сценария желаемых терапевтических изменений, «привязываемых» к какой-либо структурированной психотерапевтической технике. Такая универсальная технология обеспечивается, как понятно из всего сказанного, эффективным взаимодействием метатехнологического и структурно-технологического уровней, дифференцируемых в профессиональной психотерапевтической коммуникации. Последние в свою очередь представляют идентифицированные в соответствующих базисных исследованиях технологические характеристики предметной сферы профессиональной психотерапии.

С выведением дифференцированных уровней психотерапевтической коммуникации, в частности метатехнологического уровня, отпадает и вопрос не учитываемой личной эффективности специалиста-психотерапевта. То есть, в нашем случае такой фактор, безусловно, учитывается как соответствующая метатехнологическая позиция и оценивается специальными индикаторами эффективности.

Приведенные иллюстрации в полной мере подтверждают главный тезис того, что глубокая – в методологическом смысле – и дифференцированная про-

работка предметной сферы профессиональной психотерапии способна «снять», по крайней мере, некоторые, ранее казавшиеся непреодолимыми, сложности в реализации технологий доказательной исследовательской практики и адекватно модифицировать саму эту практику в соответствии с уже понятной спецификой рассматриваемого научно-практического направления.

Что же касается необходимости точного, а не формального описания психотерапевтических методов, то, скорее всего, речь в приведённом критическом тезисе идёт о том, что такое описание не должно сводиться к простому обозначению исследуемых методов. Но такое, сколь угодно подробное описание не может не быть формализованным, иначе мы не получим «эталон» психотерапевтического метода, который, далее, может и должен воспроизводиться в профессиональной психотерапевтической практике.

Полагаем, что такое формализованное описание психотерапевтических методов как раз и подразумевается в разработанной структуре стандарта профессиональной психотерапевтической деятельности, которая в обязательном порядке содержит следующие компоненты:

- 1) характеристика группы лиц, в отношении которой рекомендуется использование данного метода, чёткое определение показаний/противопоказаний;
- 2) технологический протокол с описанием последовательности основных этапов реализуемого метода и технических действий на каждом этапе;
- 3) критерии и методология оценки эффективности реализуемого метода, соответствующие принципам доказательной практики;
- 4) квалификационные требования к специалисту, реализующему определённый психотерапевтический метод;
- 5) тематическая образовательная программа с указанием основных разделов необходимой профессиональной подготовки и количества часов по каждому разделу;
- 6) квалификационные требования к специалисту, проводящему профессиональную подготовку специалиста-психотерапевта по определённому методу;
- 7) критерии прохождения процедуры аттестации и переаттестации с указанием кратности и параметров супервизорской оценки профессиональной деятельности специалиста-психотерапевта.

В случае выполнения всех поименованных пунктов специалистами-практиками появляется некая гарантия качества реализации соответствующего метода, что, по сути, означает максимально высокую вероятность воспроизведения планируемых эффектов или полное соответствие критериям дока-

зательной практики. Что же касается «ширины» интервала, в котором эти эффекты проявляются у конкретных клиентов, то этот интервал – в случае соответствия реализуемого метода утвержденному стандарту – не очень отличается от реакции конкретных пациентов на фармакологические препараты, которые, как известно, достаточно вариабельны.

Другим, часто цитируемым в основных психотерапевтических руководствах высказыванием, демонстрирующим всю сложность и даже «невозможность» научного изучения психотерапии является известный тезис С. Patterson (1987): «Прежде чем какая-либо модель, подвергаемая исследованию, может быть применена, нам необходимы: 1) таксономия проблем или психологических расстройств пациента, 2) таксономия личностей пациентов, 3) таксономия психотерапевтических техник, 4) таксономия психотерапевтов, 5) таксономия обстоятельств. Если бы мы создали такие системы классификации, то практические проблемы были бы непреодолимы. И далее, в последнем издании Учебника по психотерапии, под общей редакцией Б.Д. Карвасарского (2012) говорится следующее «Очевидно, что необходимость учёта... предпосылок, критериев, результатов исследований с помощью адекватных этим критериям методов (а, в конечном счёте – множества самых разнообразных переменных) для оценки эффективности психотерапии создаёт почти непреодолимые трудности при решении этой проблемы».

Ключевой позицией, способствующей поиску конструктивного решения, здесь является признание того факта, что даже и при проведении комплексного, многокомпонентного исследования, реализуемого в сфере профессиональной психотерапии, не всегда нужны (а, по большей части, и вовсе не нужны) сверхсложные конфигурации множества переменных. Ибо, на сегодняшний день совершенно понятно, что каких-то абсолютно простых и однозначных, так же как и предельно-сложных переменных, и вообще абсолютно дискретных понятий, которыми оперируют, в том числе, и серьёзные исследователи, попросту не существует.

Так, например, будто бы простое и используемое в медицинских исследованиях понятие «симптом», при ближайшем рассмотрении нередко оказывается довольно сложным конгломератом различных характеристик. В то же время – и этот факт хорошо известен в общей теории систем – сложные самоорганизованные конструкции в процессе взаимодействия с другими такими же системами «ведут себя» достаточно просто, адресуя всю сложную проблематику на подсистемные уровни организации и взаимодействия.

Таким же образом, учитываемые, при проведении соответствующих исследований, единицы научного анализа, определяемые как индикативные характеристики измеряемых параметров (перемен-

ных), и даже сами эти переменные при определённых условиях могут «складываться» в агрегированные ряды или, наоборот «раскладываться» на первичные составляющие, в зависимости от требований, предъявляемых к таким измерительным системам, уровня проводимого исследования и особенностей его предметной сферы. Главным здесь является степень соответствия этих первичных или агрегированных показателей критериям, принятым в системе кодифицированных знаний. То есть, нужно опираться на факты того, что с точки зрения современной науки, используемые показатели измерения какого-либо избранного параметра и сами эти параметры – есть результат некой конвенции, выстроенной на основании разделяемых дисциплинарно-коммуникативным сообществом критериев их дееспособности; основным таким конвенциональным критерием является доказанная в результате соответствующего анализа разрешающая способность используемых параметров в отношении исследуемого эффекта системы, состояние которой он характеризует.

В нашем варианте последовательные этапы такой достаточно сложной исследовательской процедуры, проводимой в рамках Базисной НИП, включала: 1) чёткую идентификацию анализируемых технических характеристик по согласованным критериям; 2) проведение факторного анализа, устанавливающего значимые уровни взаимозависимости полноты и адекватности использования исследуемых технических характеристик с индикаторами скорости прохождения соответствующих фаз и этапов адаптивно-креативного цикла, и отсевом несущественных факторов; 3) проведение процедуры кластерного анализа с агрегацией исследуемых характеристик в однородные группы и выведением сводного (Эмерджентного) параметра – универсальной единицы исследуемого коммуникативного уровня, там, где это возможно; 4) контролируемое тестирование и подтверждение высокой разрешающей способности полученного агрегированного признака – универсальной оценочной единицы психотехнического анализа; 5) использование полученной таким образом универсальной оценочной единицы в исследовательской практике и в стандартной процедуре психотехнического анализа (т. е. рутинной практике определения эффективности используемого психотерапевтического метода).

Таким образом, итоговый перечень «весовых» признаков – универсальных единиц, которые необходимо учитывать в исследовательской и рутинной практике определения эффективности психотерапевтического вмешательства, отнюдь не представляется «безразмерным», «неподъёмным», и пр. В следующем разделе мы дополнительно проиллюстрируем данный тезис методологией комплексного психотехнического анализа, разработанной по материалам проведённых базисных исследований.

Ещё одним тезисом, который имеет прямое отношение к обсуждаемой теме и присутствует в проблемных статьях, является констатация того обстоятельства, что психотерапевтическая практика не имеет универсального оценочного инструмента, в том числе и такого инструмента, применение которого было бы уместно и оправдано и в медицинской, и в психологической моделях психотерапии. Что, разумеется, только лишь отодвигает профессиональную психотерапию от признания за ней статуса интегрированного и самостоятельного научно-практического направления.

Здесь, безусловно, следует признать, что такого рода констатация обозначает важный критерий дееспособности профессиональной психотерапии – и как доказательной практики, и как состоятельной науки.

В связи с этим, мы хотели бы ещё раз подчеркнуть, что отсутствие до недавнего времени такой универсальной оценочной системы именно и было прямым следствием слабой проработанности предметной сферы профессиональной психотерапии. И далее, что именно с обоснованием и проработкой концепта адаптивно-креативного цикла появилась возможность создания такого методологического инструмента, в которой индикативные проявления более ненесенных состояний есть частный случай общей оценочной системы (т. е. – это дополнительные возможности, которые, конечно же, необходимо использовать для регистрации соответствующей глубины адаптационного кризиса, но которые не являются обязательными и критическими для системы в целом).

В следующем разделе мы достаточно рассмотрим методологию комплексного психотехнического анализа, которая, с нашей точки зрения, удовлетворяет критериям универсальной оценочной системы, и в которой могут использоваться как психологические, так и клинические индикаторы эффективности профессиональной психотерапии.

4.3. Методология комплексного психотехнического анализа

4.3.1. Общие положения

Традиционное понимание психотехнический анализ психотерапевтического процесса состоит в том, что такой вид анализа есть весьма эффективный инструмент исследования соответствующего вида помощи, средство осмыслиения психотерапевтического опыта.

Компоненты психотехнического анализа, так или иначе, представлены в методологическом основании всех основных инструментов развития современной психотерапии и консультирования – в практике построения психотехнических теорий; в процедурах клинико-психотерапевтического анализа, в интервью, в супervизии, в проведении балинтовских групп.

Сложность и неоднозначность подходов к разработке общей методологии психотехнического анализа в сфере помогающих и развивающих практик –

как показывают наши и другие, ранее проведенные исследования – связана с дефицитом системных представлений и конвенциональных критериев, в частности, в отношении того, что считать основными параметрами и единицами такого анализа

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

Комплексный вариант психотехнического анализа, который мы рекомендуем к использованию в исследовательской практике, не ограничивается анализом только лишь технологических характеристик психотерапевтического процесса, но предполагает возможность включения в анализируемый континuum множества параметров, отражающих адаптационные кондиции клиентов/ пациентов, включаемых в исследуемые группы, с целью определения сравнительной эффективности помогающих и развивающих технологий.

Использование данного инструмента, в принципе, способно прояснить вопрос сущностного сходства или отличия множества психотехнических теорий, а также – оценить сравнительную эффективность этих теоретических конструкций, воплощённых во множество методов профессиональной психотерапии.

Рабочей базой комплексного психотехнического анализа являются универсальные оценочные параметры и единицы (определенная совокупность учитываемых признаков); разработанные варианты шкалирования производимых оценок; разработанная методология проведения такого комплексного анализа.

Наиболее ценным аспектом комплексного психотехнического анализа является возможность аргументированного прояснения того, за счёт каких именно технологических подходов достигается планируемый результат в процессе профессиональной помощи субъекту или группе; или, наоборот, вследствие каких именно технологических просчётов и ошибок такого результата получить не удалось.

4.3.2. Принципиальные установки

Общая методология комплексного психотехнического анализа основывается на признании того, что рассматриваемая оценочная система:

- является обязательным функциональным атрибутом и одновременно одним из главных продуктов Базисной научно-исследовательской программы, реализуемой в сфере профессиональной психотерапии;

- главные компоненты комплексного психотехнического анализа должны быть ориентированы на стержневые положения концептуальных блоков предметной сферы профессиональной психотерапии, в

частности – на разработанные варианты прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла. Таким образом, должна обеспечиваться системная целостность этой общей методологии, способствующей повышению качества оказываемой профильной помощи;

- универсальные и специальные индикативные шкалы, являющиеся основными инструментами рассматриваемой оценочной системы, должны точно соответствовать и ясно демонстрировать степень выраженности факторов, обеспечивающих эффективность психотерапевтического процесса с позиций основополагающих, и подтвердивших свою дееспособность, по результатам реализации соответствующих фрагментов Базисной научно-исследовательской программы, концептов трёхуровневой развивающей коммуникации;

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

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

• методология комплексного психотехнического анализа, используемая в исследовательской практике,

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

- основной промежуточный и ожидаемый результат разработки и внедрения методологии комплексного психотехнического анализа заключается в возможности создания адекватного механизма управлением качества профильной помощи. Такой механизм, во-первых, должен предусматривать более или менее постоянный мониторинг уровней психологического здоровья населения, а также качества оказываемых в этой сфере услуг. Во-вторых, здесь необходимо использование стандартов профильной помощи, разработанных на основании оценки эффективности имеющегося арсенала помогающих и развивающих практик;

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

- главный итоговый результат должен отслеживаться в позитивной динамике совокупных индикаторов уровней психологического здоровья в охватываемых группах населения.

4.3.3. Концептуальная база

Центральным концептом в данном случае является функциональная структура адаптивно-креативного цикла – содержательной характеристики предметной сферы профессиональной психотерапии, с использованием которой формируются главные индикаторы эффективности профессиональной психотерапии.

Адаптивно-креативный цикл, идентифицированный в ходе реализации базисных исследований, содержит следующие этапы, фазы и варианты их прохождения:

Этап адаптационной стабильности – напряжения

Данный этап, характеризующий переход субъекта из зоны относительной адаптационной стабильности к состоянию адаптационного напряжения, обычно в связи с каким-либо критическим изменением актуальных для субъекта характеристик информационной или биологической среды включает следующие фазы:

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

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

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

Особенностью конструктивного варианта прохождения данного этапа являются существенное сокращение длительности, а также минимальная выраженность признаков адаптационного напряжения и состояния деморализации на второй – третьей фазах.

В то же время для кризисного варианта наоборот характерны растягивание длительности или даже «застревание» субъекта на второй – третьей фазах рассматриваемого этапа и максимальная выраженность состояния деморализации.

Антиресурсный статус субъекта, препятствующий креативному синтезу, на данном этапе является основной мишенью для помогающих и развивающих практик.

Этап актуализации креативного потенциала

Данный этап, создающий условия для генерации альтернативных форм поведения субъекта в кризисной ситуации и, соответственно, лучших вариантов её разрешения, включает следующие фазы адаптивно-креативного цикла:

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

5) *фазу актуализации креативного потенциала* с формированием первичного ресурсного состояния, для которого – в идеале – характер-

ны: существенное повышение целенаправленной психической активности; гиперпластические проявления основных психических процессов; спонтанная актуализация личностных статусов, ответственных за генерацию новой информации; комплекс специфических переживаний, которые можно обозначить как «творческое вдохновение»;

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

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

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

Этап креативного синтеза

Данный этап, предполагающий формирование обновлённой адаптационной стратегии и модели поведения в кризисной ситуации, содержит следующие фазы:

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

9) *фазу реструктуризации адаптивных норм*; в данной фазе адаптивно-креативного цикла завер-

шается процесс формирования и утверждения нового свода адаптивных форм активности субъекта. То есть, речь идёт об институализации обновлённого содержания системно-информационного уровня стержневого параметра порядка, оказывающего существенное – прямое или косвенное – воздействие на все другие идентифицируемые уровни процесса адаптации и стабилизирующего процесс развития системы: среда – человек – феномен самоорганизованного поведения – среда.

Этап реализации обновлённых адаптивных норм

На данном этапе осуществляется разработка дивидендов, получаемых в результате институализации обновлённого свода адаптивных идиом и правил, а также подготовка следующей стимульной волны, генерирующей новые импульсы к развитию системы: среда – человек – феномен самоорганизованного поведения – среда. Этап содержит следующие фазы:

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

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

12) фазу тестовой активности и возобновления цикла в целом; постоянно продолжающееся тестирование процессов взаимодействия в рассматриваемой системе – в случае фиксации уровней адаптивного напряжения с «флагами катастроф» – способно запускать следующую волну кризисного цик-

ла развития системы с целью сохранения её жизнеспособности.

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

Теоретическая ценность разработанного концепта адаптивно-креативного цикла, прежде всего, заключается в том, что таким образом демонстрируется системная взаимозависимость фундаментальных понятий, характеризующих предметную сферу профессиональной психотерапии – «адаптации» и «самоорганизации». То есть, с позиции синергетического научного подхода обосновывается тезис того, что функциональная категория самоорганизации – есть искомый способ модернизации стержневого параметра порядка – адаптации – в соответствие с жесткими эволюционными требованиями.

Соответственно, динамика форсированного развития высоких уровней самоорганизующей активности субъекта, обеспечиваемая за счёт использования помогающих и развивающих практик, может быть адекватно представлена и исследована в моделях перехода от кризисного к конструктивному варианту адаптивно-креативного цикла.

Что касается практической ценности рассматриваемого концепта, то, как понятно из всего сказанного, эффективность психотерапевтических технологий – как традиционных, так и инновационных – может быть предметно отслежена с использованием протокола психотехнического анализа, воспроизводящего последовательность прохождения этапов и фаз адаптивно-креативного цикла.

При этом вышеупомянутые характеристики функционального состояния и активности субъекта, соответствующим образом ранжированные, являются критериями перехода на соответствующие этапы и фазы исследуемого цикла – то есть существенными критериями эффективности, позволяющими оценивать ресурсный «вклад» используемых психотерапевтических технологий на каждом дифференцируемом этапе кризисного развития субъекта.

Другим основополагающим концептом являются технологические характеристики предметной сферы профессиональной психотерапии, а именно – модель трехуровневой психотерапевтической коммуникации, обеспечивающая основной и наиболее востребуемый психотерапевтический эффект – достижение значительных устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у вовлечённого в такую коммуникацию субъекта в ограниченные временные периоды.

Дифференцируемые уровни здесь следующие:

- *макротехнологический уровень*, имеющий отношение к построению вариантов стратегического оформления развивающей коммуникации;
- *метатехнологический или глубинный уровень*, формируемый за счёт синергетической активности внесознательных инстанций;
- *структурно-технологический уровень*, формируемый за счёт использования разработанного технологического арсенала соответствующих практик – психотерапии, консультативной психологии, социально-психологических тренингов, воспитания, образования.

В корректных экспериментах нами было показано, что за счёт полноценного использования потенциала каждого из обозначенных коммуникативных уровней существенно более эффективно решаются как универсальные задачи психотерапевтического цикла по форсированному развитию определенных свойств психологического здоровья, так и специальные задачи по эффективному преодолению проблемных ситуаций субъектом

4.3.4. Основные параметры, универсальные и специальные единицы комплексного психотехнического анализа

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

Далее, вышеупомянутая психотехническая схема исследуемых психотехнических параметров может и должна дополняться так называемыми объективными параметрами, характеризующими отдельные аспекты биологического адаптивного статуса субъекта (нейрофизиологическими, нейроэндокринными, биохимическими, иммунологическими, клиническими); психологического адаптивного статуса (экспериментально-психологическими, клинико-психологическими); социального адаптивного статуса (социально-психологическими, социальными) и, возможно, иными параметрами.

Далее, по всем вышеупомянутым параметрам идентифицируется совокупность универсальных и специальных учитываемых единиц, на основе которых выводится система промежуточных и конечных

индикаторов, определяющих эффективность исследуемых психотерапевтических методов.

Совокупность универсальных единиц комплексного психотехнического анализа, дифференцируемых по исследуемым психотехническим параметрам, была выведена нами на основании доказанной в ходе проведения базисных исследований 2001–2014 гг. эффективности каждого из описываемых в настоящем подразделе содержательных компонентов трёхуровневой психотерапевтической коммуникации.

Универсальными единицами анализа по параметру макро-технологического коммуникативного уровня являются:

- *лонгитюдные макротехнологические стратегии* дифференцируются по вариантам прохождения кризисной волны адаптивно-кreatивного цикла;
- *кросс-секционные макротехнологические стратегии*, определяющие последовательность этапов построения психотерапевтической сессии;
- *когерентные стратегические макротехнологии* рассматривают с возможности эффективного сочетания помогающих, развивающих технологий и их временных форматов.

Универсальными единицами анализа по параметру метатехнологического коммуникативного уровня являются следующие метатехнологии.

Конструктивистские метатехнологии, имеющие непосредственное отношение к формированию гиперпластического статуса вовлеченного субъекта:

- *Я-техника*; здесь имеется в виду эффективное сочетание особых ресурсных характеристик специалиста и проработанного личностного статуса «Я-профессионал» со всеми дифференцируемыми компонентами феномена «профессионального сознания», активизирующихся в ходе реализации терапевтической или развивающей коммуникации;
- *постоянное – вербальное и невербальное – подкрепление безопасности клиента*;
- *постоянное – вербальное и невербальное – подкрепление креативной активности клиента*;
- *формирование и подкрепление стыковочных сценариев желаемых конструктивных изменений*;
- *формирование и подкрепление проспективного сценария продолжающихся конструктивных изменений*; в данном случае речь идёт о тех же самых механизмах оформления соответствующего стыковочного сценария с проекцией в будущее.

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

- *постоянное отслеживание и оценка характеристик базисной адаптационной стратегии внесознательных инстанций клиента*;
- *отслеживание и фиксация ключевых невербальных сигналов*.

Универсальные механизмы, проясняющие суть глубинной адаптационной трансформации регуляторных систем вовлечённого субъекта, и обеспечивающие в итоге максимальный конструктивный результат в минимальные временные периоды:

- *идентификация клиента с ресурсным статусом специалиста и ассимиляция характеристик открытой (мобилизованной на изменения) метапозиции;*
- *перевод охранно-конфронтационной базисной стратегии адаптации клиента в синергетическую;*
- *манIFESTация глубинного метатехнологического уровня развивающей коммуникации и форсированное развитие феномена тотальной гиперпластики;*
- *гиперпротекция структурированных технических действий.*

Все вышеприведённые универсальные единицы психотехнического анализа по параметру макро и метатехнологического уровней психотерапевтической коммуникации оцениваются по критериям адекватности и полноты, которые выводятся на основании подробных и дифференцированных характеристик данных технологий, которые в формате данной публикации не приводятся (заинтересованные специалисты-исследователи могут ознакомиться с подробными характеристиками вышеприведённых универсальных учитываемых единиц в статье «Психотехнический анализ психотерапевтического процесса», опубликованной в журнале «Психотерапия» – 2016. – № 2 (155). – С. 9-49). Такая индикативная оценка является весьма важным промежуточным индикатором эффективности психотерапевтического процесса.

Вопрос корректной научно обоснованной идентификации учитываемых единиц психотехнического анализа структурно-технологического уровня психотерапевтической коммуникации и тем более выяснения их подлинного «весового» вклада в достижение общего результата развивающей коммуникации является наиболее сложным. Основные причины такого положения заключаются в том, что почти каждый авторский вариант психотерапевтического метода включает технический кластер, в котором, в той или иной степени, присутствуют конструкты всех трёх уровней развивающей коммуникации, без каких-либо попыток их аргументированной дифференциации.

То есть, единицы собственно структурно-технологического уровня здесь нужно ещё и определять с помощью прикладного инструментария технологии психотехнического анализа – разработанных критерии принадлежности к соответствующему уровню развивающей коммуникации. Такая «селекция» возможна при углубленном знакомстве специалиста-исследователя с критериями принадлежности исследуемых технических блоков к соответствую-

ющим уровням психотерапевтической коммуникации (см. подраздел 1.2. в настоящем методическом руководстве).

Агрегированным учитываемым признаком – универсальной единицей – по параметру структурно-технологического уровня является технологический протокол определённого психотерапевтического метода, в котором приводится описание последовательности структурированных действий (поведения) психотерапевта с целью развития определённых изменений у пациентов в процессе психотерапевтической коммуникации.

Если только перед специалистом-исследователем не стоит задачи провести дифференцированную оценку весового вклада каждой структурированной технической процедуры, то такого агрегированного признака по параметру структурно-технологического уровня вполне достаточно для исследования эффективности какого-либо психотерапевтического метода.

Специальные учитываемые единицы (признаки) – это те зависимые или независимые переменные, которые представляют предмет специального интереса специалиста-исследователя и отслеживаются с использованием дополнительных оценочных инструментов. При этом необходимо, чтобы идентификация специальных учитываемых единиц соответствовала четвёртой позиции в принципиальных установках по реализации методологии комплексного психотехнического анализа (см. одноименный подраздел настоящего методического руководства).

4.3.5. Общие характеристики оценочного подхода, используемого в методологии комплексного психотехнического анализа

Процедура проведения комплексного психотехнического анализа и последующей экспертной оценки эффективности реализуемой психотерапевтической практики должна предусматривать возможность количественной оценки универсальных единиц, определяемых по каждому коммуникативному уровню, а также динамики специальных учитываемых признаков, определяемых по результатирующим параметрам субъективных характеристик статуса клиента и объективных характеристик терапевтической динамики.

В разработанном нами варианте протокола психотехнического анализа имплементированные шкалы позволяют идентифицировать и оценивать: 1) этапы и фазы адаптивно-креативного цикла, на которой находился клиент на момент начала психотехнического действия, а также динамику прохождения им следующих этапов и фаз в ходе реализации психотерапевтической сессии либо соответствующего цикла; 2) такие характеристики состояния клиента как: синдром деморализации, уровень вовлечения в так называемое пространство психотерапии, динамику заявляемой клиентом проблемы; характеристику состояния клиента по данным катамнестического

исследования, в критериях интенсивности; 3) степень функциональной активности в психотерапевтической коммуникации учитываемых по каждому дифференцируемому уровню универсальных единиц, в критериях адекватности запросу клиента, его объективно фиксируемому состоянию и заявляемому технологическому подходу (в отношении используемых структурированных техник), а также в критериях полноты; 4) степень представленности в анализируемой коммуникации универсальных и специфических мишеней, динамики их терапевтической редукции (если речь идёт о проблемном поле клиента) либо форсированного развития (если речь идёт о характеристиках психологического здоровья) по ходу всего психотерапевтического процесса с оценкой такой динамики в критериях интенсивности; 5) оценка временного фактора; 6) оценка промежуточного результата в критериях полноты соответствия ожиданиям клиента; 7) оценка конечного результата в критериях полноты и соответствия ожиданиям клиента.

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

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

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

4.3.6. Оценочные шкалы, схемы и порядок их использования в процедуре комплексного психотехнического анализа

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

Всего в процедуре психотехнического анализа предусмотрено заполнение 9-ти стандартных бланков, соответствующих дифференцируемым шкалам субъективного (шкалы 1-4), заполняемые клиентами, и объективного контроля (шкалы 5-9), заполняемые техническим специалистом, проводящим процедуру комплексного психотехнического анализа. Далее, предусматривается выведение графика продвижения клиента по этапам и фазам в общей схеме адаптивно-креативного цикла (итоговая схема 10). Так же, предусмотрен специальный бланк общей информации, заполняемый специалистом-исследователем (11). Образцы стандартных бланков и итоговой схемы приводятся в приложениях 1-4 к настоящему методическому руководству.

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

Далее, клиентом по результатам проведённой сессии или анализируемого психотехнического цикла и после проведения соответствующего инструктирования заполняется бланк шкалы (2) *Оценки кли-*

ентом степени вовлечённости в психотерапевтическое пространство, а также – бланк шкалы (3) Оценка клиентом динамики заявляемой проблемной ситуации в ходе проведения психотерапии.

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

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

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

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

Бланк шкалы (5) *Оценка макротехнологических параметров психотерапевтической коммуникации* заполняется подготовленным специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или цикла, в последнем случае – с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. Оценка производится по критериям адекватности в следующих градациях: отсутствие или

неадекватное использование учитываемых универсальных единиц макротехнологического параметра – 0 баллов; недостаточная адекватность – 1 балл; адекватное использование учитываемых универсальных единиц макротехнологического параметра – 2 балла. А также оценка производится в критериях полноты в градациях: отсутствие анализируемого признака – 0 баллов; слабая степень представленности – 1 балл; достаточная степень представленности – 2 балла. При этом отдельная оценка по всем поименованным критериям и градациям производится в отношении каждой универсальной единицы анализа. Если в выведении такой оценки учитывались результаты субъективного контроля, специалистом, проводившим исследование, то делается соответствующая запись в рубрике «Дополнительные комментарии». В этой же рубрике, в случае необходимости, делается отметка о неприменимости – в отношении анализируемой психотехнологии – соответствующего подраздела психотехнического анализа.

Бланк шкалы (6) *Оценка метатехнологических параметров психотерапевтической коммуникации* так же заполняется подготовленным специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или цикла с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. Оценка производится по критериям адекватности в следующих градациях: отсутствие или неадекватное использование учитываемых универсальных единиц метатехнологического параметра – 0 баллов; недостаточная адекватность – 1 балл; адекватное использование учитываемых универсальных единиц метатехнологического параметра – 2 балла. А также оценка производится в критериях полноты в градациях: отсутствие анализируемого признака – 0 баллов; слабая степень представленности – 1 балл; достаточная степень представленности – 2 балла. При этом отдельная оценка по всем поименованным критериям и градациям производится в отношении каждой дифференцируемой группы универсальных единиц анализа – диагностических, конструктивистских метатехнологий, а также универсальных механизмов развивающей коммуникации. В случае если в выведении такой оценки учитывались результаты субъективного контроля, то специалистом, проводившим исследование, делается соответствующая запись в рубрике «Дополнительные комментарии». В этой же рубрике по аргументированным основаниям делается отметка о неприменимости – в отношении анализируемой психотехнологии – соответствующего подраздела психотехнического анализа.

Бланк шкалы (7) *Оценка структурно-технологических параметров психотерапевтической коммуникации* заполняется подготовленным специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или цикла с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. Оценка производится по критериям адекватности в

следующих градациях: неадекватное использование универсальных учитываемых единиц (здесь имеется в виду разработанный протокол использования структурированных техник анализируемого психотехнического процесса, например, определённой психотерапевтической модальности), либо – определённый кластер соответствующих технологий структурно-технологического параметра – 0 баллов; недостаточная адекватность – 1 балл; адекватное использование учитываемых универсальных единиц структурно-технологического параметра – 2 балла. А так же оценка производится в критериях полноты в градациях: крайняя недостаточность учитываемого признака – 0 баллов; слабая степень представленности – 1 балл; достаточная степень представленности – 2 балла.

При этом отдельная оценка по всем поименованным критериям и градациям может производиться в отношении каждой дифференцируемой группы учитываемых единиц анализа – используемых диагностических, конструктивистских структурированных техник, а при необходимости и в отношении каждой используемой структурированной техники.

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

Бланк шкалы (8) *Оценка идентификации и терапевтической динамики специфических мишеней психотерапевтического процесса* также заполняется подготовленным специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или цикла с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. В первую очередь, здесь заполняется графа «Номинация специфических мишеней», в которую вносятся все идентифицированные специалистом-практиком актуальные мишины психотехнического процесса. Оценка по данному учитываемому признаку производится по критериям адекватности в следующих градациях: отсутствие или неадекватная идентификация специалистом актуальных мишеней – 0 баллов; недостаточно адекватная идентификация актуальных мишеней – 1 балл; адекватная идентификация актуальных мишеней – 2 балла. Далее, в критериях полноты производится оценка терапевтической динамики актуальных мишеней. При этом используются следующие градации: динамика ухудшения, отсутствие или крайняя недостаточность учитываемого признака – 0 баллов;

слабая степень конструктивной динамики – 1 балл; достаточная степень конструктивной динамики идентифицированных актуальных мишеней – 2 балла.

В случае если выведение определённых актуальных мишеней входит в разработанный протокол реализации какой-либо психотерапевтической или консультативной модальности и, по сути, дублирует структурированные диагностические технологии, то специалистом, проводившим исследование, делается соответствующая запись в рубрике «Дополнительные комментарии». В этой же рубрике, по аргументированным основаниям, делается отметка о неприменимости – в отношении анализируемой психотехнологии – соответствующего подраздела психотехнического анализа.

Бланк шкалы (9) *Оценка идентификации и терапевтической динамики универсальных мишеней психотерапевтического процесса*, заполняется подготовленным специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии или всего терапевтического, либо консультативного цикла с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. Здесь так же в первую очередь заполняется графа «Номинация универсальных мишеней», куда вносятся все идентифицированные специалистом-практиком универсальные мишины психотехнического процесса. Оценка по данному учитываемому признаку производится по критериям адекватности в следующих градациях: отсутствие или неадекватная идентификация специалистом универсальных мишеней – 0 баллов; недостаточно адекватная идентификация универсальных мишеней – 1 балл; адекватная идентификация актуальных мишеней – 2 балла.

Далее, в критериях полноты производится оценка терапевтической динамики универсальных мишеней. При этом используются следующие градации: динамика ухудшения, отсутствие или крайняя недостаточность учитываемого признака – 0 баллов; слабая степень конструктивной динамики – 1 балл; достаточная степень конструктивной динамики идентифицированных универсальных мишеней – 2 балла.

В случае если выведение определённых универсальных мишеней входит в разработанный протокол реализации какой-либо психотерапевтической или консультативной модальности и, по сути, дублирует структурированные или метатехнологии диагностического блока, то специалистом, проводившим исследование, делается соответствующая запись в рубрике «Дополнительные комментарии». В этой же рубрике по аргументированным основаниям делается отметка о неприменимости – в отношении анализируемой психотехнологии – соответствующего подраздела психотехнического анализа.

Итоговая схема (10) *График продвижения клиента по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла*. Данная схема заполняется специалистом по материалам проведённой психотехнической сессии

или всего психотерапевтического, либо консультативного цикла с той степенью кратности, которая устанавливается в связи с задачами исследования. При этом используются данные субъективной шкалированной оценки психотехнического процесса, а также – данные, полученные по параметрам так называемого объективного контроля.

Важным моментом этой последней процедуры является возможность отслеживания скорости конструктивных изменений в адаптивном статусе клиента. Время соответствующих измерений здесь обозначается на горизонтальном векторе схемы, где кроме того отмечены все этапы и фазы адаптивно-кreatивного цикла. На вертикальном векторе схемы обозначена шкала балльной оценки степени выраженности синдрома деморализации (шкала 1) – наиболее чувствительного индикатора адаптационных кондиций субъекта.

Позиция клиента в отношении этапов и фаз адаптивно-кreatивного цикла уточняется с использованием шкалы (3), оценивающей динамику заявляемой проблемной ситуации в ходе проведения психотерапии, но также и с учётом стандартного описания этапов и фаз адаптивно-кreatивного цикла и соотнесения статуса клиента с приведёнными здесь характеристиками; последняя процедура выполняется так же подготовленным специалистом, реализующим процедуру комплексного психотехнического анализа.

В сущности, данная схема демонстрирует тот факт, что основным эффектом исследуемого психотерапевтического метода является существенное возрастание скорости конструктивных изменений в адаптационном статусе субъекта. Но так же важно и то, что конструктивные адаптационные изменения здесь адекватно «опредмечены» и доступны для дифференцированной оценки.

Специальный бланк общей информации (11) заполняется подготовленным специалистом в тот момент, когда имеются все необходимые данные по каждому из разделов, касающихся статуса клиента, комплекса реализуемых технологий и компетенций специалиста-практика.

Итоговое заключение готовится специалистом, реализующим процедуру комплексного психотехнического анализа на основании стандартного протокола (должны быть заполнены все 11 поименованных позиций).

В случае если такое заключение готовится по исследованию эффективности экспериментального метода, то по материалам сводного отчёта (с использованием сводных таблиц) и по результатам процедуры соответствующего варианта статистико-математического анализа выводятся весовые соотношения основных психотехнических фрагментов и данные об эффективности используемого психотерапевтического метода в целом.

При использовании дополнительных индикаторов и учитываемых единиц эти данные, безусловно, ин-

терпретируются и учитываются при подготовке итоговых выводов.

Аргументированное заключение содержит ответ на вопрос о том, за счёт каких именно технологических компонентов анализируемого психотехнического процесса был достигнут в процессе исследования зафиксированный результат и какие именно технологические дефициты послужили препятствием к достижению максимально возможного результата. Таким образом, проясняются технические позиции, над которыми предстоит работать авторам исследуемого психотерапевтического метода.

При использовании психотехнического анализа в рутинных целях итоговое заключение кроме того может содержать рекомендации по адресному проведению супервизии в отношении каких-либо компонентов психотехнического процесса.

Заключение

Настоящее методическое руководство в первую очередь подготовлено с понятной практической целью – снабдить специалиста-исследователя инструментом, который существенно облегчает процесс подготовки научных проектов, реализуемых в сфере профессиональной психотерапии, и помогает избежать типичных ошибок.

Но также настоящее руководство наглядно демонстрирует и то, что наиболее сложные методологические проблемы в области реализации психотерапевтических исследований на сегодняшний день основательно проработаны. В связи с чем, профессиональная психотерапия не может быть выведена за скобки доказательной исследовательской практики, а исследования, проводимые в данной области, – не могут считаться «второсортными» с позиции доверия экспертного сообщества к получаемым результатам.

Профессиональная психотерапия, таким образом, стремительно продвигается к признанию за ней статуса самостоятельно научно-практического направления, в ускоренном развитии которого заинтересовано, без всякого преувеличения, всё общество.

Но более всего в форсированном развитии психотерапевтической науки заинтересованы многочисленные реальные и потенциальные клиенты специалистов-психотерапевтов, поскольку стабильный рост качества оказываемой психотерапевтической помощи невозможен без полноценного научного обеспечения этого важнейшего процесса.

И последнее – занятие наукой, которой теперь является и профессиональная психотерапия, безусловно, способствует раскрытию потенциала специалиста-исследователя, который, таким образом, расстёт и как учёный, и как профессионал, и, конечно, как человек, способный сделать много добра окружающим его людям.

Бот на этом пути и пожелаем нашим читателям подлинных успехов!

Список использованной литературы:

1. Лакатос И. Методология исследовательских программ // Пер. с англ. – М.: Издательство ACT, 2003. – 380 с.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. 4-е издание. – СПб.: Питер, 2012. – 671 с.
3. Катков А.Л. Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования) // Теория и практика охраны психического здоровья. – 2015. – № 1 (1). – С. 2-88.
4. Катков А.Л. Психотехнический анализ психотерапевтического процесса // Психотерапия. – 2016. – № 2 (155). – С. 9-49.
5. Кун Т. Структура научных революций. – БГК им. Бодуэна, 1998. – 297 с.
6. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах. // Социальная и клиническая психиатрия. – № 1. – 2004. – С. 87- 96.
7. Russee R., Orlinsky D. Psychotherapy research in historical perspective // Archives of General Psychotherapy. – 1996. – Vol. 53, № 8. – P. 8.

Приложения**Приложение 1**

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

Шкала (1) оценки клиентом степени выраженности синдрома деморализации
(заполняется клиентом до начала терапевтического процесса, после каждой терапевтической
сессии и во время проведения катамнестического исследования)

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

Инструкция по заполнению: цифры 1 и 5 – означают «точно про меня»; цифры 2 и 4 означают «скорее, про меня»; цифра 3 означает «затрудняюсь ответить». Выберете ответ (нужную цифру обведите кружком), который соответствует вашему состоянию на момент заполнения карты.

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

Шкала (2) оценки клиентом степени вовлеченности

в психотерапевтическое пространство

(заполняется клиентом после проведения каждой психотерапевтической сессии)

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

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

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

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

Шкала (3) Оценка клиентом динамики заявляемой проблемной ситуации

в ходе проведения психотерапии

(заполняется клиентом после проведения каждой психотерапевтической сессии)

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

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

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

**Шкала (4) Оценка клиентом признаков наличия-отсутствия
устойчивого ресурсного состояния в охватываемый катамнестическим исследованием период**
(заполняется клиентом в ходе проведения катамнестического исследования)

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

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

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

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

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

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

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

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

Инструкция по заполнению:

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

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

Приложение 2

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

Шкала (5)

Оценка макротехнологических параметров психотерапевтической коммуникации

Кросс-секционная стратегия

Оценка по критериям адекватности _____

Оценка по критериям полноты _____

Дополнительные комментарии

Лонгитюдная стратегия

Оценка по критериям адекватности

Оценка по критериям полноты

Дополнительные комментарии

Когерентная стратегия

Оценка по критериям адекватности

Оценка по критериям полноты

Дополнительные комментарии

Шкала (6)

Оценка метатехнологических параметров психотерапевтической коммуникации

Диагностические метатехнологии

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

Оценка по критериям адекватности

Оценка по критериям полноты

Дополнительные комментарии

Конструктивистские метатехнологии

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

Оценка по критериям адекватности

Оценка по критериям полноты

Дополнительные комментарии

Универсальные механизмы психотерапии
(по каждому из четырех идентифицированных механизмов)

Оценка по критериям полноты

Дополнительные комментарии

Шкала (7)

Оценка структурно-технологических параметров психотерапевтической коммуникации

Диагностические технологии
(оценивается каждая используемая технология и параметр в целом)

Оценка по критериям адекватности

Оценка по критериям полноты

Дополнительные комментарии

Конструктивистские технологии
(оценивается каждая используемая технология и параметр в целом)

Оценка по критериям адекватности

Оценка по критериям полноты

Дополнительные комментарии

Шкала (8)

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

Номинация специфических мишеней

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

Дополнительные комментарии

Оценка терапевтической динамики

(по каждой специфической мишени и параметру в целом)

Оценка по критериям интенсивности

Дополнительные комментарии

Шкала (9)

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

Номинация универсальных мишеней

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

Дополнительные комментарии

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

Оценка по критериям интенсивности

Дополнительные комментарии

Приложение 3

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

Фамилия, имя, отчество пациента (клиента) _____

Год рождения, количество полных лет _____

Диагноз основного и сопутствующего заболевания _____

Дата начала психотерапевтической программы _____

Дата проведения психотехнического исследования _____

Даты проведения исследований дополнительных объективных параметров (указать каких) _____

Полное название исследуемого психотерапевтического метода или комплекса методов _____

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

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

Данные на специалиста-психотерапевта,
 реализующего исследуемую психотерапевтическую технологию

Ф.И.О. _____

Профессиональный стаж _____

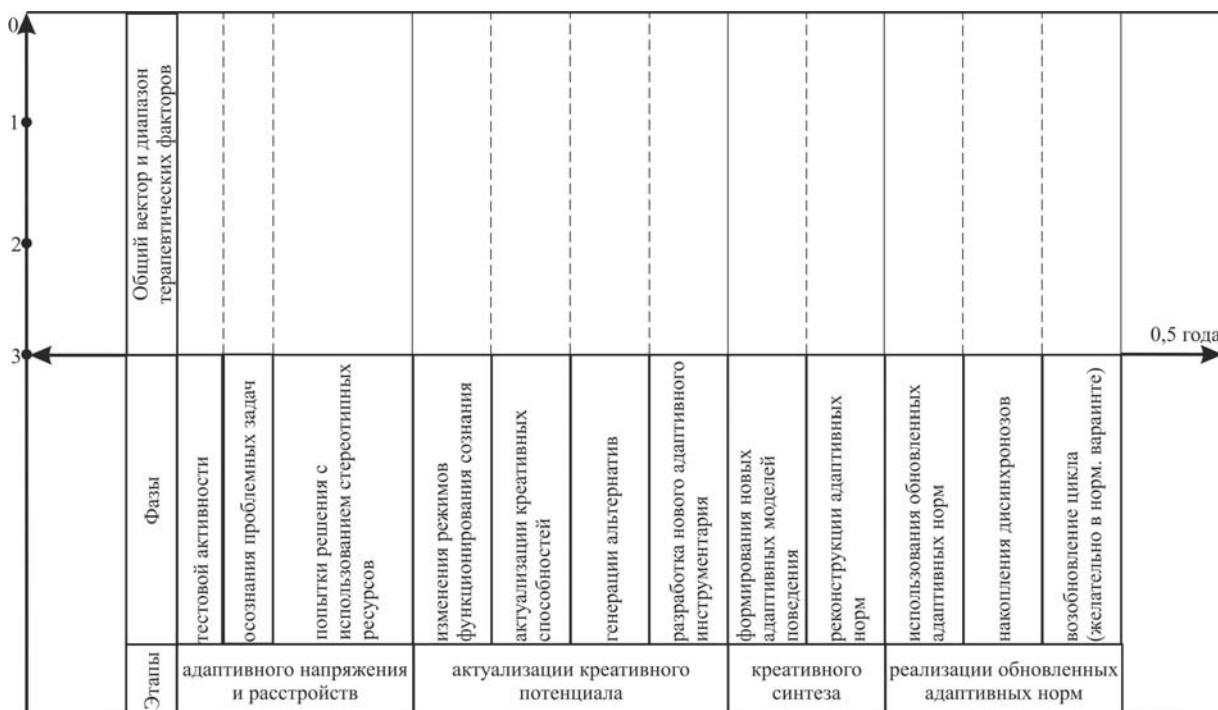
Квалификационная категория _____

Дополнительные сведения и комментарии _____

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

Приложение 4

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



Специфические (для кризисного варианта) характеристики адаптивно-креативного цикла

Дифференциация основных этапов

Растягивание периода адаптивной «турбулентности»

ПСИХИАТРИЯ

ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАУК О ПСИХИКЕ: ИСТОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ СИСТЕМНОГО КРИЗИСА

А.Л. Катков

Международный институт социальной психотерапии,
г. Санкт-Петербург (Россия)

Актуальность

В последние годы всё чаще констатируется кризисное состояние наук о психике, имеющих как давнюю, так и относительно короткую историю позиционирования в общем корпусе науки. В частности, обращается внимание на отсутствие фундаментальной общетеоретической основы, скудность и несовершенство используемой методологии научных исследований, наличие явной «нестыковки» сектора наук о психике с тенденцией опережающего развития общего ареала современной науки; отсутствие «прорывных» результатов в лечении наиболее распространённых и тяжёлых психических и поведенческих расстройств, несмотря на форсированное развитие нейронаук по множеству как общих, так и специфических направлений (Материалы XVI съезда психиатров России, 2015). Настоящее исследование не только восполняет дефицит системных взглядов на истоки данного кризиса, но и намечает пути преодоления такого абсолютно неприемлемого положения дел в приоритетном секторе наук о психике.

Общая методология исследования

Публикуемый материал подготовлен на основании анализа промежуточных результатов одноименного исследовательского проекта МИСП, реализуемого с 2012 г.

Основной используемый метод исследования – модифицированный вариант эпистемологического анализа. Данный метод представляет собой способ критического пересмотра определённой области знаний и позволяет: идентифицировать глубинный культурно-исторический и собственно эпистемологический контекст, из которого выводится исследуемая сфера 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 (М. Фуко, 1969; А.Ф. Зотов, 2009).

Выделяемые компоненты эпистемологического анализа: метод культурно-исторической реконструкции, с помощью которого идентифицируются

сущностные характеристики эпистемологических разрывов, уточняются принципы построения эпистемологических платформ, формирующих фундаментальные основы исследуемых дисциплинарных знаний; *метод составления ментальных карт*, позволяющий проиллюстрировать особенности когнитивных схем, используемых при формировании анализируемых научных конструктов; *гипотетико-конструктивный метод*, с помощью которого формируется обновлённый гипотетический блок Базисной исследовательской метапрограммы (в понимании И. Лакатос, 1995).

Важной особенностью используемого метода является его максимальное приближение – в итоговой части – к методологии компьютерного моделирования сложных систем с использованием подходов «кибернетики второго порядка» (Х. Фон Ферстер, 1973; Д.О. Коннор, 2015); в частности – методологии формирования трёхмерных информационных моделей отдельных научных проблем, дисциплин, направлений и науки в целом, реализуемую за счёт сложной математической обработки имеющихся массивов информации (D. Price de Solla, 1989; И.В. Маршакова-Шайкевич, 2009).

Материалом исследования является массив данных, собранных из более чем 3 тысяч профильных источников, основная часть которых к моменту настоящей публикации полностью обработана.

Результаты исследования

Проведенный анализ показывает, что основу общего концептуального дефицита, теоретической уплощенности и фрагментарности научных взглядов на феномен психического представляют последовательные методологические «провалы», выводимые из факта отсутствия полноценной исследовательской модели (программы), которая, с одной стороны, раскрывает сущностные особенности данной сложнейшей категории, а с другой – позволяет использовать авангардную методологию исследовательского процесса.

В свою очередь, основа дефицита в репрезентации сущностной специфики феномена психического складывается:

- из ограниченности представлений о роли психического в формировании категории «реальность», актуальных планов данной сложнейшей категории и

таких её непременных атрибутов, как дифференцированные субстатусы и полюса (в частности, информационного полюса объёмной реальности);

– из ограниченности представлений о роли психического в генерации категории времени – универсального механизма, с помощью которого идентифицируется информационный полюс реальности;

– из выводимого из этого отсутствия проработанных представлений о темпоральном принципе организации феномена психического и, соответственно, дифференцированного (информационного) полюса категории объёмной реальности;

– из выпадения из предметной сферы рассматриваемого сектора наук такой основополагающей функции психики, как генерация феномена «объективного», т.е. структурированного времени и, соответственно, информации – с понятными последствиями того, что все возможные механизмы, как обеспечения, так и нарушения данной функции остаются вне поля внимания исследователей;

– из, соответственно, без должного внимания остаётся предметная сфера дифференцированного энерго-информационного обмена импульсными сигналами между различными уровнями организации психического, обеспечивающая эти механизмы, и, что ещё более важно, – возможностей пластики этих импульсных механизмов.

Структура дефицита представлений о возможностях использования авангардной методологии научных исследований в секторе наук о психике складывается из следующих основных компонентов:

• из ограниченности представлений об эпистемологических платформах (включая используемые научные архетипы, когнитивные стили с возможностью темпоральной пластики актуальных планов реальности и, соответственно, построения дееспособных моделей такой реальности), адекватных подлинной предметной сфере рассматриваемого сектора наук;

• из ограниченности представлений о значимых фазах и этапах генерации адаптивного опыта (куда с необходимостью следует включать как универсальный – воспроизводимый в стандартно заданных условиях опыт генерации научного знания, так и субъективный, уникальный опыт, с полным пониманием того, что фаза креативного синтеза универсального опыта не может быть реализована без привлечения уникального опыта и, следовательно, – это всего лишь две абсолютно равнозначные составляющие сложного процесса генерации научного знания), которые «отменяют» второсортный статус наук о субъекте и субъективном психическом опыте;

• из отсутствия видения того, как все поименованные выше гипотетические конструкции могут быть воспроизведены в сложных, четырёхмерных (с учётом пластичного импульса параметра «объективного» времени) математических моделях, исследо-

вание которых собственно и представляет собой авангардную методологию современной науки;

• из отсутствия понимания того, каким образом весь поименованный методологический инструментарий, обозначенный гипотетический кластер и, следовательно, закладываемый беспрецедентный эвристический потенциал могут быть объединены в Базисную научно-исследовательскую метапрограмму, обеспечивающую возможность построения общей трёхмерной модели кодифицированных знаний о психике;

• из выводимого из всего сказанного, ограниченного представления о возможностях выстраивания адекватной, основанной на подлинном тождестве с существенными сферами функциональной активности психического, классификации наук о психике и, соответственно, возможностях выстраивания наиболее перспективных научно-исследовательских фронтов в рамках Базисной НИП;

• из минимальных возможностей научного прогнозирования значимых технологических целей и достижений вследствие эффективной реализации магистрального и прикладного блоков Базисной НИП.

Заключение

Перспектива преодоления системного кризиса в секторе наук о психике, как понятно из всего выше-сказанного, связана с формированием мультидисциплинарных бригад высококвалифицированных специалистов-исследователей, разработкой и реализацией соответствующей метапрограммы с включением в неё обозначенного гипотетического кластера.

Нет никаких сомнений и в том, что успешная реализация такой метапрограммы обеспечит беспрецедентный импульс развития всего корпуса науки в целом и самым благоприятным образом скажется на скорости преодоления множества цивилизационных вызовов эпохи.

Список использованной литературы:

1. Зотов А.Ф. Эпистемологический разрыв // в Энциклопедии эпистемологии и философии науки. – М.: Канон, 2009. – 1160 с.
2. Лакатос И. Методология исследовательских программ // Пер. с англ. – М.: Издательство АСТ, 2003. – 380 с.
3. Маршакова-Шайкевич И.В. Картографирование науки // В кн. Энциклопедия эпистемологии и философии науки. – М.: Канон, 2009. – С. 348-350.
4. О'Коннор Д. Искусство системного мышления. – М., 2015. – 256 с.
5. Фуко М. Археология знания // Пер. с фр. – СПб.: изд. центр «Гуманитарная академия», 2012. – 415 с.
6. Price D. de Solla Foreword. Essays of an information scientist. – Philadelphia, 1980. – Vol. 3. – P. 5-9.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ И РЕФОРМИРОВАНИЯ БОЛЬНИЧНОГО СЕКТОРА В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С.Н. Молчанов

ассистент кафедры Общей врачебной практики (ОВП) и терапии Павлодарского филиала Государственного медицинского университета г. Семей, к.м.н.

Деинституционализация – в широком смысле это понятие, предложенное в рамках институциональной экономики. Это процесс трансформации институтов или замены одних институтов другими.

Деинституционализация в психиатрии – это процесс реформирования психиатрической службы, начавшийся в ряде западных стран в 50-х годах XX века. Суть процесса заключается в широкомасштабном сокращении числа психиатрических коек и психиатрических больниц с параллельным развитием различных форм внебольничной помощи психически больным, выпытываемым из психиатрических стационаров. Это должно предотвратить развитие у пациентов госпитализма, ущемление их прав и отрыв от общества.

Процесс деинституционализации включает в себя:

- постепенное сокращение количества психиатрических больниц и койко-мест в них (в ряде стран – вплоть до полной ликвидации);
- развитие специальных служб для оказания помощи группе неинституционализированных больных психиатрического профиля;
- перевод пациентов, живущих в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства;
- предотвращение возможных случаев поступления больных психиатрического профиля в стационар и направление их в различные альтернативные службы.

В основе деинституционализации лежит озабоченность по поводу неудовлетворительных условий содержания больных в государственных психиатрических больницах, стремление улучшить их материальное и социальное положение, а также сделать психиатрическую помощь более гуманной и более эффективной в медицинском и финансовом плане.

По данным Всемирной психиатрической ассоциации [1], психиатрический диагноз является стигмой, которая затрудняет социальную адаптацию, а также реализацию предусмотренных основных прав человека. Такой диагноз часто влечёт ограничения в реализации гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав. Поэтому в целом, согласно заключениям различных исследований, дискриминация и стигматизация людей с психическими расстройствами являются самостоятельными проблемами, на которые стоит обратить пристальное внимание. Эти вопросы входят в число приоритетов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА).

Согласно Конституции Республики Казахстан (Ст. 4, п. 3): «Международные договоры, заключённые Республикой Казахстан в соответствии с Конституцией Республики в установленном порядке и ратифицированные Парламентом Республики Казахстан, имеют приоритет перед её законами» [8].

Ратифицированные Парламентом Республики Казахстан международные акты содержат минимальные стандарты о правах человека и людей, имеющих психические заболевания/расстройства, в частности.

Так, согласно статье 25 **Всеобщей декларации прав человека** [2]: Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, **медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья** и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам.

В статье 4 **Декларации о правах инвалидов** [3] закреплено право инвалидов на те же гражданские и политические права, что и других лиц; пункт 7 Декларации «О правах умственно отсталых лиц» [4] применяется к любому возможному ограничению или ущемлению этих прав в отношении умственно неполноценных лиц. Также, в соответствии со статьёй 6 данной Декларации, инвалиды имеют право на медицинское, психическое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на восстановление здоровья и положение в обществе, на образование, ремесленную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помочь, консультации, на услуги по трудуоустройству и другие виды обслуживания, которые позволяют им максимально проявить свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции или реинтеграции.

Статья 9 Декларации даёт инвалидам право жить в кругу своих семей или в условиях, заменяющих её, и участвовать во всех видах общественной деятельности, связанных с творчеством или проведением досуга. Что касается его или её места жительства, то ни один инвалид не может подвергаться какому-либо особому обращению, не требующему в силу состояния его или её здоровья, или в силу того, что это может привести к улучшению состояния его или её здоровья. Если пребывание инвалида в специальном учреждении является необходимым, то среда и ус-

ловия жизни в нём должны как можно ближе соответствовать среде и условиям нормальной жизни лиц его или её возраста.

В Декларации «О правах умственно-отсталых лиц» [4] содержится всего семь статей, каждая из которых имеет, тем не менее, огромное значение в жизни такого человека:

1. Умственно-отсталое лицо имеет **в максимальной степени осуществимости те же права**, что и другие люди.
2. Умственно-отсталое лицо имеет **право на надлежащее медицинское обслуживание и лечение**, а также право на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, которые позволяют ему развивать свои способности и максимальные возможности.
3. Умственно-отсталое лицо имеет право на материальное обеспечение и на удовлетворительный жизненный уровень. Оно имеет право продуктивно трудиться или заниматься каким-либо другим полезным делом в полную силу своих возможностей.
4. В тех случаях, **когда это возможно, умственно-отсталое лицо должно жить в кругу своей семьи или с приёмными родителями и участвовать в различных формах жизни общества. Семьи таких лиц должны получать помощь**. В случае необходимости помещения такого человека в специальное заведение необходимо сделать так, чтобы новая среда и условия жизни как можно меньше отличались от условий обычной жизни.
5. Умственно-отсталое лицо имеет право пользоваться квалифицированными услугами опекуна в тех случаях, когда это необходимо для защиты его личного благосостояния и интересов.
6. Умственно-отсталое лицо имеет право на защиту от эксплуатации, злоупотреблений и унизительного обращения. В случае судебного преследования в связи с каким-либо деянием оно должно иметь право на должное осуществление законности, полностью учитываяшее степень умственного развития.
7. Если вследствие серьёзного характера инвалидности умственно-отсталое лицо не может надлежащим образом осуществлять все свои права или же возникает необходимость в ограничении или аннулировании некоторых, или всех таких прав, то процедура, применяемая в целях такого ограничения или аннулирования, должна предусматривать надлежащие правовые гарантии от любых злоупотреблений. Эта процедура должна основываться на оценке квалифицированными специалистами общественно полезных возможностей умственно отсталого лица, а также предусмат-

ривать периодический пересмотр и право апелляции в высшие инстанции.

Таким образом, пациент, несмотря на наличие определенных физических или психических ограничений, прежде всего, человек. Соответственно, оценивая права пациента, мы отталкиваемся от его прав, как человека. Этот тезис полностью применим и к пациентам при оказании психиатрической помощи.

Крайне важное значение имеет такой документ, как «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи», принятые резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 года [4].

Согласно п. 5 Принципа 1: Любое психически большое лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во Всеобщей декларации прав человека [2], в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах [10, 11], Международном пакте о гражданско-политических правах [9, 12, 13] и в других соответствующих документах, например в таких, как Декларация о правах инвалидов [3].

В данном документе содержится целый ряд принципов, которые направлены на защиту лиц, имеющих психические заболевания. В частности,

Принцип 3 – Жизнь в обществе

Каждый человек, страдающий психическим заболеванием, **имеет право**, насколько это возможно, **жить и работать в обществе**.

Принцип 7 – Роль общины и культуры

1. Каждый пациент имеет право, насколько это возможно, **на лечение и уход в общине**, в которой он проживает.
2. При лечении в психиатрическом учреждении пациент имеет право во всех случаях, когда это возможно, проходить лечение **вблизи от своего дома или дома своих родственников или друзей и имеет право как можно скорее вернуться в свою общину**.
3. Каждый пациент имеет право на лечение, соответствующее его культурным особенностям.

Принцип 9 – Лечение

1. Каждый пациент имеет право на **лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения**, и при помощи наименее ограничительных или инвазивных методов, соответствующих необходимости поддержания его здоровья и защиты физической безопасности других лиц.
4. Лечение каждого пациента должно быть **направлено на сохранение и развитие автономности личности**.

Принцип 10 – Медикаменты

1. Медикаменты должны наилучшим образом отвечать необходимости поддержания здоровья пациента, **должны назначаться ему только в терапевтических или диагностич-**

ческих целях и никогда не должны применяться в качестве наказания или для удобства других лиц.

Принцип 11 – Согласие на лечение

1. **Никакое лечение не может назначаться пациенту без его осознанного согласия, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 6, 7, 8, 13 и 15 настоящего принципа.**
4. **Пациент имеет право отказаться от лечения или прекратить его**, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 6, 7, 8, 13 и 15 настоящего принципа. Пациенту должны быть объяснены последствия отказа от лечения или его прекращения.
10. **Любое лечение немедленно регистрируется в истории болезни пациента** с указанием того, является ли лечение принудительным или добровольным.
11. **Физическое усмирение или принудительная изоляция пациента применяются лишь в соответствии с официально утверждёнными процедурами психиатрического учреждения и только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам.**

Принцип 13 – Права и условия содержания в психиатрических учреждениях

1. Любой пациент, содержащийся в психиатрическом учреждении, имеет право, в частности, на полное уважение его:
 - a) повсеместного **признания в качестве субъекта права;**
 - b) **права на уединение;**
 - b) **свободы общения**, которая включает свободу общения с другими лицами в пределах данного учреждения; свободы отправлять и получать частные сообщения, не подлежащие цензуре; свободы принимать наедине адвоката или личного представителя и, в любое разумное время, других посетителей; и свободы доступа к почтовым и телефонным услугам, а также к газетам, радио и телевидению;
 - g) свободы вероисповедания или убеждений.
2. Обстановка и условия жизни в психиатрическом учреждении должны быть в максимально возможной степени приближены к условиям нормальной жизни лиц аналогичного возраста и, в частности, включать:
 - a) **возможности для проведения досуга и отдыха;**
 - b) **возможности для получения образования;**
 - b) возможности покупать или получать предметы, необходимые для повседневной жизни, проведения досуга и общения;
 - g) возможности – и поощрение использования таких возможностей – **для привлечения пациента к активной деятельности, отвечающей его социальному положению и культурным особенностям, и для осуществления соответствующих мер по профессиональной реабилитации в целях его социальной реинтеграции.** Эти меры должны включать услуги по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудуоустройству, с тем, чтобы пациенты могли получить или сохранить работу в обществе.

Представленные выше нормы показывают, что международное законодательство в сфере психиатрии содержит максимально полный перечень прав лиц с психическими заболеваниями и расстройствами. Однако, сам по себе факт наличия таких прав на уровне норм, далеко не всегда означает, что эти нормы действительно применяются на практике. Как правило, помимо норм, закреплённых в международных актах, должны приниматься национальные акты, направленные на изменение практической стороны вопроса.

На сегодняшний день в Казахстане также отсутствует комплексность в проведении патронирования инвалидов между социальными работниками и медицинским персоналом. О необходимости данной меры можно судить по опыту Канады. В этой стране принято, что пациент находится в психиатрической клинике лишь во время так называемого «эпизода», то есть острого психического состояния. Затем, если его здоровье улучшается, то он возвращается в социум. И вот здесь большую роль в его адаптации играют специально обученные социальные работники. Они взаимодействуют не только с самим инвалидом, но и с его семьёй, соседями, друзьями. Делают всё, чтобы человек мог полноценно интегрироваться в обычную повседневную жизнь.

Сейчас в Казахстане люди с ментальными расстройствами могут быть или помещёнными в государственные психиатрические учреждения, или находиться дома под присмотром родных. Это – единственная альтернатива. В Казахстане до сих пор работают учреждённые ещё в Советском Союзе психиатрические клиники, в каждой из которых содержится по 500 человек и более. По сути, в нынешнем виде эта система предназначена больше для контроля над людьми с психическими отклонениями, нежели для настоящей помощи им.

Оставаясь в стенах психиатрических учреждений, пациенты оторваны от жизни и отвержены обществом, с которым тоже не проводится специальной работы, чтобы преодолеть негативное восприятие больных, которые заслуживают сочувствия. Как правило, у людей с психическими расстройствами нет собственного жилья, нет работы, круг их общения чрезвычайно ограничен, и это означает, что они не имеют почти никакой возможности социализироваться. Усугубляется всё это и тем, что в большинстве случаев в таких учреждениях все пациенты проходят интенсивное медикаментозное лечение, которое

вместе с агрессией подавляет в них любые другие эмоции.

Кроме того, необходимо учесть и тот факт, что на одного психиатра приходится в среднем по 20-30 (!) пациентов. В таких условиях у него нет времени провести тщательное обследование, даже если он врач высокой квалификации. В результате из этих больниц человек выходит не выздоровевшим; наоборот, он ещё больше отдаляется от своей личности и общества.

В странах Европы картина иная, потому что ещё в 50-х годах прошлого века там был инициирован процесс реформирования психиатрической службы.

Список использованной литературы:

1. *1-я Мадридская декларация Всемирной психиатрической ассоциации. Принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблей. Мадрид, Испания, октябрь 1987.*
2. *Всеобщая декларация прав человека (Принята и провозглашена резолюцией 217A (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 г.).*
3. *Декларация о правах инвалидов (Резолюция тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 3447(XXX) от 9 декабря 1975 года).*
4. *Декларация Организации Объединенных Наций «О правах умственно-отсталых лиц» от 20 декабря 1971 года.*
5. *Конвенция «О защите прав человека и основных свобод» от 21 сентября 1970 года.*
6. *Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения (О ратификации Конвенции о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения, Закон Республики Казахстан от 19 ноября 2013 года № 141-V ЗРК).*
7. *Конвенция ООН о правах инвалидов. Факультативный протокол к Конвенции о правах инвалидов (О ратификации Конвенции о правах инвалидов Закон Республики Казахстан от 20 февраля 2015 года № 288-V ЗРК).*
8. *Конституция Республики Казахстан от 30.08. 1995 г.*
9. *Междунородный пакт о гражданских и политических правах (Нью-Йорк, 16 декабря 1966 г.), ратифицирован Законом Республики Казахстан от 28 ноября 2005 года № 91-III, вступил в силу для РК 24 апреля 2006 года (письмо МИД РК от 27.06.06 г. № 12-1-2/1445).*
10. *Междунородный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 16 декабря 1966 г.), ратифицирован Законом Республики Казахстан от 21 ноября 2005 года № 87-III, вступил в силу для РК 24 апреля 2006 года (письмо МИД РК от 27.06.06 г. № 12-1-2/1445).*
11. *О подписании Факультативного протокола к Междунородному пакту об экономических, социальных и культурных правах Указ Президента Республики Казахстан от 23 сентября 2010 года № 1068 Факультативный протокол к международному пакту об экономических, социальных и культурных правах (принят резолюцией 63/117 Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 2008 года).*
12. *О ратификации Междунородного пакта о гражданских и политических правах Закон Республики Казахстан от 28 ноября 2005 года № 91, МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПАКТ О ГРАЖДАНСКИХ И ПОЛИТИЧЕСКИХ ПРАВАХ (Нью-Йорк, 16 декабря 1966 г.).*
13. *Факультативный протокол к Междунородному пакту о гражданских и политических правах (О ратификации Факультативного протокола к Междунородному пакту о гражданских и политических правах, Закон Республики Казахстан от 11 февраля 2009 года № 130-IV).*

Акцент был сделан на сокращении психиатрических больниц с параллельным развитием различных форм внебольничной помощи для людей с нарушениями психики. Например, в итальянском Триесте к 1978 году после проведения психиатрической реформы количество принудительных госпитализаций сократилось с 1200 до 30. Сейчас в Италии, Швейцарии и Швеции ликвидированы все психиатрические больницы. Вместо них создаются альтернативные службы адаптации и реабилитации людей, имеющих такого рода проблемы. При таком отношении со стороны окружающих после лечения пациентам удается найти себя и своё место в жизни.

НАРКОЛОГИЯ

НОВЫЕ ВЫЗОВЫ НАРКОТИЧЕСКОГО РЫНКА: ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

М.В. Прилуцкая

врач-нарколог отделения психотерапии и реабилитации Республика-канского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар (Казахстан)

Д.Е. Аяганова

врач-психотерапевт отделения психотерапии и наркологии Республика-канского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар (Казахстан)

Введение

Значительную опасность для мирового общественного здоровья представляет повсеместный рост популярности новых психоактивных веществ (НПВ).

НПВ – это сборная группа психоактивных веществ, производимых в виде чистых форм или в виде аналогов, не попадающих под контроль Конвенций о наркотических и психоактивных веществах 1961 и 1971 годов, и представляющих собой опасность для общественного здоровья, сопоставимую с таковой при потреблении традиционных наркотических и токсических веществ [9].

По данным Управления ООН по наркотикам и преступности за период с 2009 по 2013 годы были выявлены 348 неизвестных ранее токсических субстанций [9]. К июлю 2016 года 102 страны озвучили в официальных докладах свыше 540 наименований и формул НПВ, находящихся в нелегальном обороте, при этом лишь 234 вещества находятся под официальным юридическим запретом в настоящее время [4].

В Республике Казахстан употребление НПВ стало регистрироваться с 2008 года [1]. Так, по данным отчёта Министерства внутренних дел в 2015 году при пилотном мониторировании 4 регионов страны (города Астана, Алматы, Павлодарская и Северо-Казахстанская области) было зарегистрировано 419 случаев госпитализации лиц, страдающих зависимостью от НПВ [2].

Абсолютное большинство исследователей на сегодняшний день сходятся во мнении о выраженном деструктивном влиянии НПВ на индивидуальном биологическом, медицинском, социальном и экономическом уровнях [3, 7].

Среди наиболее распространённых химических классов НПВ определены: синтетические каннабиноиды, синтетические катиноны, фенилэтиламины, пиперазины и триптамины [5].

В настоящее время повсеместное распространение получили первые два класса НПВ: синтетические каннабиноиды и синтетические катиноны (СК). Последние обладают выраженной наркогенностью и токсичностью. Знание основных закономерностей течения патологии, вызванной данным классом НПВ, является актуальным и необходимым для врачей-практиков наркологического звена.

Общая характеристика класса синтетических катинонов

Синтетические катиноны (СК) представляют собой класс аналогов природного ката, растения *Catha edulis*, традиционно потребляемого в странах Африканского Рога и Арабского полуострова. Дериваты катинонов – это так называемые β-кето аналоги фенетиламина. На мировом нелегальном рынке катиноны появились в 2010 году, обнаружив мгновенный рост популярности. Среди причин популярности этого класса психоактивных веществ необходимо, прежде всего, выделить их эффекты, которые близки к эффектам метамфетамина и кокаина.

К основным представителям данного класса веществ относятся:

- мефедрон (4-метилметкатинон);
- бутилон;
- метилон;
- метиленэдиоксицировалерон (MDPV);
- α-пирролидинопентиофенон (α-PVP).

Проникновению СК на нелегальный рынок предшествовало их использование в официальной медицине. Так, амфепрамон и ципрофен назначались как анореактичики. Бупропион, обладая антидепрессивным эффектом, назначался лицам, желающим прекратить курение табака.

Среди сленговых названий, используемых при незаконной торговле синтетическими катинонами, чаще всего встречаются следующие: *Flakka*, *Bloom* («Цветение»), *Cloud Nine* («Облачная девятка»), *Lunar Wave* («Лунная волна»), *Vanilla Sky* («Ванильное небо»), *White Lightning* («Белая молния»), *Scarface* («Лицо со шрамом»), *Ivory Snow* («Снег цвета слоновой кости»), *Ivory Wave* («Волна цвета слоновой кости»), *Ocean Burst* («Взрыв океана»), *Pure Ivory* («Чистая слоновая кость»), *Purple Wave* («Пурпурная волна»), *Red Dove* («Красный голубь»), *Snow Leopard* («Снежный леопард»), *Star Dust* («Звездная пыль»), *White Dove* («Белый голубь»), *White Knight* («Белый рыцарь»), *White Rush* («Белая лихорадка»). В Республике Казахстан СК нелегально распространяются под марками «Соли для ванн», «Кристаллы», «Спиды».

Синтетические катиноны чаще всего представляют собой белый или коричневый аморфный или кристаллический порошок, склонный к внезапному капсулированию. В отличие от таких стимуляторов, как амфетамины, фенетиламины СК крайне редко встречаются на нелегальных рынках в качестве таблетированных форм. В случае наличия таковых, СК продаются под видом «Экстази».

Согласно официальным докладам Европейского мониторингового центра за наркотиками и наркотическими зависимостями (EMCDDA) цена данной группы НПВ в 2010 году на Интернет-площадках колебалась между 10 и 15 Евро за 1 грамм, с возможной системой скидок за покупку больших количеств. В 2011 году их цена возросла уже до 18-25 Евро. В Казахстане, по сведениям потребителей СК, их цена колеблется от 15-20 тысяч тенге за грамм [4].

Токсикодинамика синтетических катинонов

Как и фенетиламины синтетические катиноны относятся к классу стимуляторов центральной нервной системы (ЦНС). Кроме того, синтетические катиноны обладают эмпатогенным эффектом, что роднит их с «Экстази». Одной из их особенностей является низкая способность проникновения через гематоэнцефалический барьер. В экспериментах на крысах и с участием людей-добровольцев определены основные пути метаболизирования данной группы НПВ: деметилирования, редуцирования кетокруппы до гидроксила и окисления алкильного кольца. Токсичность СК, прежде всего, обусловлена симпатомиметическим эффектом сродни амфетаминам. Согласно информации потребителей СК, собранной из Интернет-форумов, средняя разовая доза мефедрона достигает 100-250 мг. Однако следует отметить, что краткосрочность эйфоригенного эффекта вызывает периоды многократных интоксикаций с возрастанием дозы до 1 грамма сухого вещества. Среди потребителей Республики Казахстан такие эпизоды получили сленговое название «марафоны», так как отражают длительный и интенсивный характер потребления СК и следующее за ним выраженное психическое и физическое истощение.

На уровне синапсов СК блокируют обратный захват дофамина и норадреналина. MDPV дополнительно вызывает сбой работы транспортировщиков катехоламинов, поэтому в отличие от других представителей группы СК, это вещество способно вызывать стимулирующий эффект в малых дозах и психоделический эффект – в больших. В свою очередь гипердофаминергический статус приводит к следующим клиническим симптомам:

- агрессивное поведение;
- возбуждение;
- делирий;
- внезапная смерть в случае выраженной нейрокардиальной активации.

Эпидемиология синтетических катинонов

Эпидемиологические данные относительно данной группы НПВ являются относительными, чаще фрагментарными. Принято считать, что СК имеют низкую распространённость в странах, проводящих мониторинг данных веществ. В частности, для европейских стран преваленс потребления СК составляет 1% среди взрослого населения. В Великобритании, Франции мефедрон и MDPV относятся к одним из самых часто встречающихся НПВ, распространяемых через зону Интернет, начиная с 2010-2011 годов. Система раннего оповещения по проблемам злоупотребления наркотиками (The Drug Abuse Warning Network) зарегистрировала 22 904 случая обращения за экстренной медицинской помощью по поводу острой интоксикации, вызванной СК в 2011 году. В Европе 5% молодежи декларируют хотя бы однократное употребление СК в течение жизни, с большим преваленсом в Великобритании, Ирландии, Латвии и Польше. Так, в 2010 году об употреблении мефедрона сообщали 20% респондентов Великобритании в возрасте 14-20 лет [10]. Одной из наиболее уязвимых целевых групп по употреблению СК является популяция гомосексуалистов, посещающих ночные клубы. Так, исследование, проведённое среди данной декретированной группы на юго-востоке Лондона в 2011 году, показало, что распространённость потребления СК приближалась к 64% [6]. Употребление НПВ является настолько актуальным и типичным для данной категории лиц, что в Великобритании появился такой социальный феномен, как «химические сексуальные вечеринки».

Способы потребления синтетических катинонов

Чаще всего СК используются в виде порошка либо принимаются перорально в виде таблеток. Потребители чаще всего практикуют вдыхание, так называемый «keying» (вдыхание через трубку ключа), или глотание порошка, завёрнутого в папиросную бумагу, так называемый «bombing» (бомбардировка). Чаще всего вдыхание, курение используются для получения быстрого токсического эффекта, приём внутрь используется для более пролонгированного действия. Кроме того, есть литературные указания на ректальный, трансбукиальный, ингаляционный, внутримышечный способы приёма.

Внутривенный способ введения СК, так называемый «slamming» (хлопание), представляет собой большую проблему для общественного здоровья. Существуют сообщения о смешивании мефедрона с героином, так называемый «speedball» (шар скорости).

Клинические симптомы острой интоксикации синтетических катинонов

Синтетические катиноны вызывают амфетаминоподобный психоактивный и симпатомиметический эффекты. Чаще всего СК используются по социальным и экономическим причинам в дополнении к

мотивам эйфорического действия, они, по сути, заменяют другие стимулирующие психоактивные вещества [8].

Среди симптомов острой интоксикации принято выделять следующие симптомы:

- *сердечно-сосудистая система*: тахикардия, гиповолемия, гипертензия, кардиалгия, изменения сегмента ST на ЭКГ, миокардиты, нарушения сердечного ритма;
- *центральная нервная система*: головная боль, инсомния, головокружение, припадки, тревор, нарушение сознания, коллапс, дистония, парестезии;
- *кровяная система*: синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, тромбоцитопения, анемия;
- *желудочно-кишечный тракт*: рвота, тошнота, абдоминальные боли, печеночная недостаточность;
- *дыхательная система*: затруднения дыхания, тахипноэ, респираторный ацидоз;
- *почечная система*: повышение уровня сывороточного креатинина, острые почечные недостаточности, гипернатриемия, гиперкалиемия;

- *мышечная система*: повышение креатининкиназы, рабдомиолиз, периферическая вазоконстрикция;
- *зрительная система*: мидриаз, нарушение зрения, нистагм;
- *осложнения внутреннего потребления*: венозная блокада, эрозивно-язвенные поражения мягких тканей, абсцессы, гангрена.

Выводы

Таким образом, проблема распространения НПВ остаётся весьма актуальной и таящей в себе множество вызовов общественному здоровью и здравоохранению. Синтетические катиноны, как один из классов НПВ, обладает выраженным токсикогенным эффектами, обусловленными их токсикодинамикой и токсикокинетикой. Знание закономерностей течения заболеваний и состояний, сопряжённых с потреблением СК, является крайне актуальным. В настоящее время в более чем ста странах мира зарегистрированы случаи потребления мефедрона, пирамидлеронов и других СК. Казахстан также является местом нелегального оборота данного класса НПВ, что требует разработки комплексных превентивных и медицинских мер на республиканском уровне.

Список использованной литературы:

1. Ескалиева А.Т., Мусабекова Ж.К., Аяганова Д.Е., Прилуцкая М.В. *Методы диагностики, лечения расстройств, связанных с употреблением новых психоактивных веществ (синтетические каннабиноиды): Методические рекомендации.* – Павлодар, 2015. – 48 с.
2. ПРЕСС-РЕЛИЗ о состоявшемся заседании Межведомственного штаба по координации деятельности государственных органов, направленной на противодействие наркомании и наркобизнесу [Электронный ресурс]. – URL: http://mvd.gov.kz/portal/page/portal/mvd/MVD/mvd_main1/Comitet_dep/Dep_anti_narkobesiness (дата обращения: 02.11.2016).
3. Cinosi E., Martinotti G., Simonato P., Singh D., Demetrovics Z., Roman-Urrestarazu A., Bersani F.S., Vicknasingam B., Piazzon G., Li J.H., Yu W.J., Kapitbony-Füvűny M., Farkas J., Di Giannantonio M., Corazza O. Following «the Roots» of Kratom (*Mitragyna speciosa*): The Evolution of an Enhancer from a Traditional Use to Increase Work and Productivity in Southeast Asia to a Recreational Psychoactive Drug in Western Countries // *Biomed Res Int.*, 2015. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657101> (accessed 30.01.2016).
4. EMCDDA. 2016 a Global SMART Update. Post-UNGASS 2016: NPS trends, challenges and recommendations. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available at: <http://www.unodc.org/documents/scientific/Global-SMART-Update-2016-vol-16.pdf>, accessed 14th October 2016.
5. Hohmann N., Mikus G., Czock D. Effects and risks associated with novel psychoactive substances: mislabeling and sale as bath salts, spice, and research chemicals // *Dtsch Arztebl Int.* 2014, 111(9), p. 139-47.
6. James D., Adams R., Spears R., Cooper G., Lupton D.J., Thompson J.P., Thomas S.H. Clinical characteristics of mephedrone toxicity reported to the UK // National Poisons Information Service. *Emerg. Med. J.* – 2011; 28: p. 686-689.
7. Parrott A.C. Why all stimulant drugs are damaging to recreational users United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2014.* // United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7, pp. 51-55.
8. Schifano F., Corkery J., Ghodse A.H. Suspected and confirmed fatalities associated with mephedrone (4-methylmethcathinone, “meow meow”) in the United Kingdom // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2012; 32(5): 710-714.
9. United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2014* (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7). p. 51-55.
10. Wood D.M., Heyerdahl F., Yates C.B., Dines A.M., Giraudon I., Hovda K.E., Dargan P.I. The European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) // *Clin. Toxicol. (Phila.).* – 2014; 52(4): p. 239-241.

РЕЗЮМЕ

ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАУК О ПСИХИКЕ: ИСТОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ СИСТЕМНОГО КРИЗИСА

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Эпистемологический анализ наук о психике: истоки и перспективы преодоления системного кризиса» проводится углубленный анализ причин и основных проявлений кризисной ситуации в рассматриваемом секторе наук. В частности, исследуется структура дефицита как в определении специфики феномена психического, так и в используемых методологических подходах по исследованию данного феномена. На основании чего делаются выводы о возможности преодоления кризисной ситуации за счёт разработки и реализации адекватной Базисной научно-исследовательской программы.

Ключевые слова: наука, психика, кризис, эпистемологический анализ.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ И РЕФОРМИРОВАНИЯ БОЛЬНИЧНОГО СЕКТОРА В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С.Н. Молчанов

В статье рассмотрены законодательные предпосылки deinституционализации и реформирования больничного сектора в области психического здоровья в Республике Казахстан. Необходимо срочно подкрепить ратифицированные РК международные нормативно – правовые акты национальными нормативными актами, направленными на изменение практической стороны вопроса.

НОВЫЕ ВЫЗОВЫ НАРКОТИЧЕСКОГО РЫНКА: ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

М.В. Прилуцкая, Д.Е. Аяганова

В статье представлен обзор современной ситуации относительно новых психоактивных веществ (НПВ) на примере синтетических катинонов. Даётся характеристика этого класса психоактивных веществ. Приводятся данные по распространённости упомянутых психоактивных веществ, а также описываются клинические симптомы острой интоксикации синтетическими катинонами. Подчёркивается важность комплексных мероприятий по предотвращению роста популярности новых психоактивных веществ в Казахстане.

Ключевые слова: новые психоактивные вещества, синтетические катиноны, «соли для ванн».

SUMMARY

EPISTEMOLOGICAL ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES: THE ORIGINS AND PROSPECTS OF OVERCOMING A SYSTEMIC CRISIS

A.L. Katkov

In article «Epistemological analysis of the psychological sciences: the origins and prospects of overcoming the systemic crisis» Katkov A.L. has conducted an in-depth analysis of the causes and the main manifestations of the crisis in psyche research. In particular, he investigates the shortcomings in both defining specific mental phenomena and methodological approaches which are used in research on this phenomenon. The article concludes with discussions of possibilities of overcoming the crisis through the development and implementation of an adequate Basic research program.

Keywords: science, psyche, crisis, epistemological analysis.

POSSIBILITIES OF DEINSTITUTIONALIZATION AND REFORM HOSPITAL MENTAL HEALTH SECTOR IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

S.N. Molchanov

The article describes the legislative background of deinstitutionalization and the reform of the hospital sector in the field of mental health in the Republic of Kazakhstan. It is urgent to reinforce Kazakhstan ratified international regulatory – legal acts of the national regulations aimed at changing the practical side of the issue.

NEW CHALLENGES OF DRUG MARKET: THE MAIN CHARACTERISTICS OF THE SYNTHETIC CATHINONE

M.V. Prilutskaya, D.E. Ayaganova

The article provides an overview of the current situation regarding new psychoactive substances on the example of the synthetic cathinone. The characteristic of this class of substances. We give data on the prevalence of the mentioned problems, as well as describe the clinical symptoms of acute intoxication with synthetic cathinone. The importance of comprehensive measures to prevent the growing popularity of new psychoactive substances in Kazakhstan.

Keywords: new psychoactive substances, synthetic cathinone, «bath salts».