

---

---

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**  
\*\*\*\*\*

**Том XXIII  
№ 3-4  
2017  
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; кандидат медицинских наук Н.А. Негай;  
кандидат медицинских наук Т.В. Пак; О.С. Применко (ответственный секретарь);  
профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических  
наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Марки-  
на (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; доктор медицинских  
наук А.Ю. Толстикова; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов; кандидат меди-  
цинских наук Г.А. Садвакасова

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск);  
профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор  
М.Х. Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов  
(Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); док-  
тор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских  
наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприя-  
нова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кан-  
дидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских  
наук М.К. Телеуов (Астана)

Регистрационное свидетельство № 8864-Ж от 14.12.2007 г.  
выдано Министерством культуры и информации  
Республики Казахстан

Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 от 10.01.2001 г. выдано  
Министерством Российской Федерации по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Журнал основан в 1995 году  
Периодичность: ежеквартально

Подписной индекс журнала в АО «Казпочта» – 74753

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

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

## СОДЕРЖАНИЕ

### НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига

*Приказ Министра здравоохранения Республики Казах-  
стан от 13 июля 2017 года № 504*

Об утверждении Правил проведения медицинского  
освидетельствования для установления факта упо-  
требления психоактивного вещества и состояния  
опьянения 5-12

### ПСИХОТЕРАПИЯ

*Катков А.Л.*  
Четвёртая революция в психотерапии 13-52

РГП на ПХВ  
«Республиканский  
научно-практический  
центр психического  
здоровья»

### НАРКОЛОГИЯ

*Гребнев С.А.*  
Гипнотерапия в наркологии 53-55

*Гребнев С.А.*  
Когнитивная психотерапия в наркологии. Ключевые  
моменты. 55-57

*Шереметьева И.И., Плотников А.В.*  
Последние результаты работы фтизиатрического под-  
разделения Алтайской краевой клинической психи-  
атрической больницы 58-60

### ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

*Панфилова Я.*  
Барьеры в доступе к тестированию на ВИЧ среди  
подростков и молодёжи в трёх странах региона ВЕЦА:  
Россия, Украина, Грузия (отчёт) 61-65

Том XXIII  
№ 3-4  
2017 год

*Резюме* 66-67

выходит  
4 раза в год

*Библиография к журналу «Вопросы ментальной меди-  
цины и экологии» за 2017 год* 68

---

---

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY

## I ECOLOGII

**FOUNDERS:**

### TABLE OF CONTENTS

#### NORMATIVE LEGAL ACTS

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

*The Order of the Ministry of Health of 13 July 2017 № 504*  
On confirming of the Rules of examination for ascertainment  
of the facts of psychoactive substance using and  
intoxication 5-12

#### PSYCHOTHERAPY

*Katkov A.L.*  
The Fourth revolution in psychotherapy 13-52

**RSE on REU  
«Republican Scientific  
and Practical  
Center of Mental Health»**

#### NARCOLOGY

*Grebnev S.A.*  
Drug addiction and hypnotherapy 53-55

*Grebnev S.A.*  
Cognitive psychotherapy in addiction. Key points. 55-57

*Sheremeteva I.I., Plotnikov A.V.*  
The recent results of the TB unit of the Altai regional  
clinical psychiatric hospital 58-60

#### INFORMATION AND REVIEWS

*Panfilova Ya.*  
Barriers to access to HIV testing for adolescents and youth  
in three EECA countries: Russia, Ukraine and Georgia  
(report) 61-65

*Summary* 66-67

**Volume XXIII  
№ 3-4  
2017**

*References to the magazine "Questions of mental medicine  
and ecology" for 2017* 68

**Published 4 times  
in a year**

---

---

---

---

## НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

### ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 13 ИЮЛЯ 2017 ГОДА № 504 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА И СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ

В соответствии с подпунктом 122-2) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые Правила проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения.

2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению к настоящему приказу.

3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр правовой информации» для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

**Министр здравоохранения Республики Казахстан**

**Е. Биртанов**

«Согласован»

Министр внутренних дел Республики Казахстан

**К. Касымов**

Утверждены  
приказом Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 13 июля 2017 года № 504

#### Правила проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения

##### Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Правила проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 122-2) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здра-

воохранения» и определяют порядок проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения.

2. В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

1) медицинское освидетельствование – амбулаторный осмотр лица в целях установления состояния наркотического опьянения;

---

---

**Глава 2. Правила проведения  
медицинского освидетельствования  
для установления факта употребления  
психоактивного вещества  
и состояния опьянения**

2) наркотические средства – вещества синтетического или природного происхождения, включённые в Список наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в соответствии с законодательством Республики Казахстан, Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесёнными в неё в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, согласно Закону от 10 июля 1998 года «О наркотических средствах, психотропных веществах, их аналогах и прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» (далее – Закон);

3) психотропные вещества – вещества синтетического или природного происхождения, включённые в Список наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в соответствии с законодательством Республики Казахстан, международными договорами Республики Казахстан, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 года;

4) психоактивные вещества – вещества синтетического или природного происхождения, которые при однократном приёме оказывают воздействие на психические и физические функции, поведение человека, а при длительном употреблении вызывают психическую и физическую зависимость;

5) состояние опьянения – состояние, возникающее вследствие острой интоксикации психоактивными веществами (алкоголь, наркотические средства, психотропные вещества, прекурсоры, их производными и аналогами) и характеризующееся комплексом психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств.

3. Целью проведения медицинского освидетельствования является установление факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения (далее – Медицинское освидетельствование).

4. Медицинскому освидетельствованию подлежат лица, по отношению к которым предусмотрена ответственность за употребление психоактивного вещества при управлении транспортными средствами в состоянии опьянения, пребывания в состоянии опьянения в общественных местах и на работе.

5. Иностранцы, постоянно проживающие и временно пребывающие на территории Республики Казахстан, а также лица без гражданства находящиеся в состоянии опьянения в общественном месте, на работе, либо управляющие транспортным средством подлежат медицинскому освидетельствованию на общих основаниях.

Не подлежат медицинскому освидетельствованию, без их согласия, лица, пользующиеся дипломатическим иммунитетом.

6. Медицинское освидетельствование несовершеннолетних граждан Республики Казахстан проводится в присутствии родителей или их законных представителей.

7. Для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения сотрудники органов внутренних дел, а также должностные лица предприятий и организаций по месту работы освидетельствуемого, направляют и (или) доставляют указанных лиц в пунктах 4, 5 и 6 настоящих Правил на медицинское освидетельствование в государственные медицинские организации.

8. Направление на медицинское освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения заполняется по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

Освидетельствование проводится также при личном добровольном обращении граждан.

9. Направление на медицинское освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения осуществляется в соответствии с Правилами направления для освидетельствования на состояние опьянения, освидетельствования на состояние опьянения и оформления его результатов, утверждёнными постановлением Правительства Республики Казахстан от 4 июня 2003 года № 528.

10. Освидетельствование на основании направления на медицинское освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения в медицинских организациях, для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения, производится в любое время суток в медицинских организациях врачами психиатрами-наркологами или врачами профильных специальностей, а также фельдшерами, медицинскими сёстрами (в сельской местности при значительной удалённости от медицинских организаций объектов первичной медико-социальной помощи, не имеющих в штате врачей) (далее – медицинский работник), прошедшим повышение квалификации по вопросам проведения наркологического освидетельствования в организациях медицинского образования и науки, реализующих образовательные учебные программы дополнительного образования в соответствии с Правилами повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров, а также квалификационных требований к организациям, реализующим программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования, утверждёнными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 ноября 2009 года № 691 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 5904).

---

---

11. Лицо, направившее и (или) доставившее освидетельствуемого, принимает меры к установлению его личности (при невозможности установления личности допускается фотографирование освидетельствуемого).

Медицинский работник удостоверяется в личности освидетельствуемого, ознакомившись с его документами, удостоверяющими личность. Отсутствие документов, удостоверяющих личность, не является основанием для отказа в освидетельствовании. При отсутствии документов в заключении медицинского освидетельствования указываются приметы обследуемого с обязательным указанием о получении данных со слов обследуемого.

12. При проведении медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния алкогольного опьянения проводится количественное исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь.

Исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя осуществляется с использованием технических средств измерения, официально зарегистрированных и применяемых в Республике Казахстан.

Оценка показателей при исследовании крови на наличие алкоголя проводится согласно стандартизированному соотношению количественного содержания алкоголя в крови и оценки клинического состояния освидетельствуемого лица в соответствии с приложением 3 к настоящим Правилам.

Если проведение освидетельствования в полном объёме не представляется возможным в силу сложившихся обстоятельств (из-за тяжести соматоневрологического состояния освидетельствуемого, отказа его от освидетельствования) в заключении медицинского освидетельствования указываются причины невозможности проведения освидетельствования.

13. Основой медицинского заключения по вопросу состояния, связанного с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, являются данные клинического обследования в виде комплексной оценки психического и соматоневрологического состояния.

Проведение лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред (кровь или моча при подозрении на алкогольное опьянение, моча при подозрении на наркотическое или токсикоманическое опьянение) является необходимым в следующих случаях:

1) невозможность полного освидетельствования в связи с тяжестью состояния освидетельствуемого;

2) при наличии сомнений врача в комплексной оценке состояния опьянения (психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств);

3) в случае несогласия освидетельствуемого с результатами заключения;

4) в случаях повторного освидетельствования;

5) при установлении факта употребления (какого-либо) психоактивного вещества и отсутствии признаков состояния опьянения (психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств);

6) при дорожно-транспортном происшествии или совершении правонарушения с наличием пострадавших лиц;

7) если с момента совершения дорожно-транспортного происшествия и правонарушения без пострадавших прошло более 3 часов.

14. Характер и последовательность проведения биологических проб определяется медицинским работником, производящим освидетельствование, в зависимости от особенностей клинического состояния освидетельствуемого. Опечатавание и этикетирование отобранных биологических проб для лабораторного исследования производится в присутствии освидетельствуемого и лица, направившего и (или) доставившего освидетельствуемого.

В случаях, если освидетельствуемое лицо не в состоянии объективно оценивать происходящие события, данная процедура производится в присутствии понятых.

15. При подозрении у освидетельствуемого лица состояния, угрожающего его жизни, освидетельствуемое лицо доставляется в организацию здравоохранения, оказывающую соответствующую специализированную помощь, где наряду с оказанием медицинской помощи устанавливается диагноз основного (предполагаемого) заболевания и определяется состояние опьянения.

16. При доставлении физического лица в тяжёлом, бессознательном состоянии в организацию здравоохранения на момент оказания медицинской помощи в медицинскую карту стационарного больного делается запись о наличии (отсутствии) у физического лица состояния опьянения или факта употребления психоактивного вещества по результатам клинического обследования и лабораторного исследования биологических образцов, при этом Заключение медицинского освидетельствования не составляется.

Организация здравоохранения по запросу должностного лица выдаёт ему выписку из медицинской карты (амбулаторного, стационарного больного) по форме № 027/у, утверждённой приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6697).

17. В заключении медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения (далее – Заключение медицинского освидетельствования) подробно излагаются сведения о внешнем виде освидетельствуемого, его поведении,

---

---

эмоциональном фоне, речи, вегето-сосудистых реакциях, нарушении сознания, ориентировки, памяти, координации движений, состоянии неврологической и соматической сферы, наличие запаха в выдыхаемом воздухе, а также жалобы освидетельствуемого и его субъективную оценку своего состояния. В случае проведения лабораторных исследований результаты отмечаются в Заключении медицинского освидетельствования.

18. На основании медицинского освидетельствования составляется Заключение медицинского освидетельствования, в котором характеризуется состояние освидетельствуемого лица на момент обследования.

Медицинский работник при составлении Заключения медицинского освидетельствования устанавливает одно из следующих состояний на основании имеющихся клинических и (при необходимости) лабораторных данных либо результатов экспресс-тестирования, подтверждающих вид психоактивного вещества, вызвавшего опьянение:

- 1) трезв (а);
- 2) факт употребления психоактивного вещества, признаки опьянения не выявлены;
- 3) алкогольное опьянение (лёгкая, средняя, тяжёлая степень);
- 4) состояние опьянения (наркотическое, токсикоманическое), вызванное употреблением психоактивных веществ (наркотики – опиоиды, каннабиоиды, кокаин, седативные, снотворные вещества, психостимуляторы, галлюциногены, летучие растворители).

19. Результаты медицинского освидетельствования оформляются в виде заключения медицинского освидетельствования согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

20. Заключение медицинского освидетельствования составляется в двух экземплярах, заверяется подписью медицинского работника и печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование. Один экземпляр выдаётся лицу, доставившему освидетельствуемого, второй экземпляр остаётся в медицинской организации и хранится в архивных делах в течение пяти лет.

При отсутствии сопровождающего, экземпляр Заключения медицинского освидетельствования высылается почтой по официальному письменному запросу лица, направившего на медицинское освидетельствование.

21. Результаты освидетельствования сообщаются освидетельствуемому лицу сразу же в присутствии лица, его направившего и (или) доставившего. При несогласии освидетельствуемого лица либо должностного лица, его доставившего, с результатами медицинского освидетельствования производится повторное медицинское освидетельствование.

22. Повторное медицинское освидетельствование проводится на основании письменного заявления освидетельствуемого либо должностного лица в произвольной форме, его направившего и (или) доставившего, с изложением обстоятельств обращения на освидетельствование.

Повторное медицинское освидетельствование проводится профильным врачом медицинской организации не позднее 2 часов после первичного освидетельствования.

При повторном освидетельствовании проведение лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред (кровь или моча при подозрении на алкогольное опьянение, моча при подозрении на наркотическое или токсикоманическое опьянение) является обязательной процедурой.

23. В тех случаях, когда состояние обследуемого не позволяет осуществить медицинское освидетельствование в полном объёме (тяжёлая травма, бессознательное состояние) для определения состояния, связанного с употреблением психоактивного вещества, проводится двукратное (с интервалом 30-60 минут), количественное исследование на наличие психоактивных веществ в биологических жидкостях организма (кровь, моча, слюна). Данные образцы биологических сред сохраняются в медицинской организации, где проводилось обследование, в течение 25 календарных дней со дня забора при соблюдении необходимых, гарантирующих их сохранность условиях.

24. Присутствие понятых, в случае, когда освидетельствуемое лицо не в состоянии оценивать происходящие события, обеспечивается лицами, по инициативе которых проводится освидетельствование.

25. В случаях, когда медицинское заключение выносится после получения результатов лабораторных исследований, экземпляр Заключения медицинского освидетельствования выдаётся не позднее 5 рабочих дней со дня получения результатов лабораторных исследований.

26. Медицинское освидетельствование регистрируется в Журнале регистрации медицинского освидетельствования (далее – Журнал), согласно приложению 4 к настоящим Правилам и в ведомственной автоматизированной информационной системе по учёту лиц, доставленных на медицинское освидетельствование.

Журнал заполняется медицинским работником, проводившим медицинское освидетельствование, и хранится в кабинете, где осуществляется освидетельствование.

Журнал пронумеровывается, прошнуровывается и скрепляется гербовой печатью медицинской организации.



Приложение 1  
к Правилам проведения медицинского освидетельствования, для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения от 13 июля 2017 года № 504

Форма

**Направление на медицинское освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_  
(место составления направления)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) направляющего лица,  
Направил для медицинского освидетельствования на состояние опьянения  
гражданина (-ку) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Год (возраст) и место рождения \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

Документ, по которому установлена личность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (серия, номер, дата, место выдачи документов)

Основания направления для медицинского освидетельствования \_\_\_\_\_

Цель освидетельствования \_\_\_\_\_

Освидетельствование первичное или повторное (подчеркнуть)

Подпись лица \_\_\_\_\_

Приложение 2  
к Правилам проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения от 13 июля 2017 года № 504

Форма

**Заключение медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения**

Освидетельствование по данному факту первичное, повторное (нужное подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

Возраст (год рождения) \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность (при наличии) \_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_

Кем и когда (точное время) направлен на освидетельствование \_\_\_\_\_

Дата и точное время освидетельствования \_\_\_\_\_

Кем освидетельствован (врач, фельдшер, медицинская сестра) \_\_\_\_\_

---

---

2. Причина освидетельствования: подозрение состояния опьянения при управлении транспортным средством, пребывание на работе в нетрезвом состоянии, освидетельствование лиц в состоянии опьянения в связи с оказанием медицинской помощи и другое (указать причину)

3. Внешний вид освидетельствуемого: состояние одежды, кожи, наличие повреждений (ранения, ушибы)

4. Поведение: напряжен, замкнут, раздражен, возбужден, агрессивен, эйфоричен, болтлив, суетлив, неустойчивое настроение, сонлив, заторможен, жалобы на свое состояние (нужное подчеркнуть)

5. Состояние сознания, ориентировка в месте, времени, ситуации и собственной личности

6. Речевая способность: связанность изложения, нарушения артикуляции, смазанность речи

7. Вегетативные сосудистые реакции (состояние кожных покровов, слизистых оболочек глаз, языка, потливость, слюнотечение)

Дыхание: учащенное, замедленное

Пульс артериальное давление

Зрачки: сужены, расширены, реакция на свет

Нистагм при взгляде в сторону

8. Двигательная сфера

Мимика: вялая, оживленная

Походка (шатающаяся, разбрасывание ног при ходьбе), ходьба поворотами (пошатывание при поворотах)

Устойчивость в позе Ромберга

Точные движения (поднять монету с пола, пальце-носовая проба)

Дрожание век, языка, пальцев рук

9. Имеются ли признаки нервно-психических заболеваний, органического поражения головного мозга, физического истощения. Перенесенные травмы (со слов освидетельствуемого)

10. Сведения о последнем употреблении алкоголя, психоактивных веществ: субъективные, объективные (по документам, сослов)

11. Запах алкоголя

12. Наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе и биологических средах организма:

а) воздух исследовался на приборе

Время и результаты исследования

повторного исследования

б) биологическая среда (ы) (моча, слюна, кровь) исследовались

методами время отбора пробы

Время и результаты исследования

13. Другие данные медицинского осмотра или представленных документов

14. Заключение (состояние освидетельствуемого квалифицируется в формулировках предусмотренных пунктом 18 Правил проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения):

Подпись медработника, проводившего освидетельствование

С результатом освидетельствования ознакомлен \_\_\_\_\_  
(подпись освидетельствуемого лица)

С результатами освидетельствования ознакомлен, но от подписи отказался \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись медицинского работника

Незаинтересованные лица (в случае, когда освидетельствуемое лицо не состоит) оценивать происходящие события):

1. \_\_\_\_\_ Подпись
2. \_\_\_\_\_ Подпись

Приложение 3  
к Правилам проведения медицинского освидетельствования, для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения  
от 13 июля 2017 года № 504

**Стандартизированное соотношение количественного содержания алкоголя в крови  
и оценки клинического состояния освидетельствуемого лица**

Содержание алкоголя в крови, 0‰	Оценка
От 0,5 до 1,5	Лёгкое опьянение
От 1,5 до 2,5	Опьянение средней степени
От 2,5 до 3,0	Опьянение сильное
От 3,0 до 5,0	Тяжёлое отравление алкоголем, может наступить смерть

Приложение 4  
к Правилам проведения медицинского освидетельствования, для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения  
от 13 июля 2017 года № 504

**Журнал регистрации медицинского освидетельствования  
для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения**

1. № п/п 2. Дата время проведения освидетельствования 3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) освидетельствуемого 4. Год рождения (возраст) 5. Место жительства 6. Наименование, серия и номер документа, удостоверяющего личность освидетельствуемого 7. Место работы и должность 8. Когда, кем направлен на освидетельствование 9. Серия, номер документа доставившего лица, номер официального направления 10. Причина направления на освидетельствование.
11. Отметка об отказе от освидетельствования.
12. Освидетельствование по данному факту первичное, повторное. 13. Номер акта и результат освидетельствования 14. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) медицинского работника, проводившего освидетельствование, подпись.

---

---

Приложение  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 13 июля 2017 года № 504

**Перечень некоторых приказов Министра здравоохранения Республики Казахстан,  
признаваемых утратившими силу**

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №2389).
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 апреля 2005 года №167 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых под №3589).
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 октября 2008 года № 578 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения»(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 5382).

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### ЧЕТВЁРТАЯ РЕВОЛЮЦИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

г. Санкт-Петербург

#### Введение

Основная задача настоящей статьи заключается в том, чтобы продемонстрировать смыслы «революционной» периодики в истории развития психотерапии, в частности – несущие смыслы выведения этапа «четвёртой революции» в сфере профессиональной психотерапии.

Но не только. По нашему глубокому убеждению, именно те характеристики динамики развития какой-либо сферы деятельности или общественной формации, принципиальное различие которых подчёркивается практически во всех энциклопедических определениях – революция – реформа – эволюция – должны выстраиваться в осмысленный алгоритм развития профессиональной психотерапии, который в максимальной степени отвечает потребностям переживаемой нами эпохи Новейшего времени.

Следовательно, ответственный, комплексный анализ настоящего состояния профессии не должен ограничиваться только лишь вектором исторической оценки, исследованием признаков всех предшествующих и настоящей – четвёртой революции в психотерапии.

Такой анализ должен обосновывать перспективу форсированного развития профессиональной психотерапии в духе переживаемых мировым сообществом революционных изменений и выстраивать внятную стратегию такого развития со всеми необходимыми революционными, реформационными и эволюционными этапами.

Нам представляется, в ключе всего сказанного, что только таким образом и могут быть сформированы ключевые позиции «генерального сценария» развития психотерапии на ближайшие десятилетия. То есть такого сценария, одно только наличие которого будет способствовать ускоренному развитию профессиональной психотерапии; осмысленному, целенаправленному и эффективному использованию ограниченных ресурсов такого развития с одной стороны, а с другой – продемонстрирует отчётливую перспективу решения весьма сложных вопросов и эпохальных вызовов, которые уже сейчас сотрясают фундаментальные основы сложившегося социального порядка и общественного благополучия.

Таким образом, аргументированное обоснование деятельной со-причастности профессиональной психотерапии к живому пульсу времени – вот, в сущности, главный тезис настоящей публикации.

#### Современные социальные контексты как основные стимулы развития профессиональной психотерапии

Термин «революция», согласно современной трактовке, понимается как «коренное преобразование в какой-либо человеческой деятельности ... глубокое качественное изменение в развитии каких-либо явлений природы, общества или познания» (Новый энциклопедический словарь, 2012).

Отношение к термину «революция» в современном обществе неоднозначное и зависит во многом от смысловых и социальных контекстов, в которых этот термин позиционируется.

Тем более продуманно и взвешенно данный термин следует употреблять в Российской Федерации (РФ), где в отношении последствий последних пережитых революций 1917 (становление коммунистического режима и развал Российской империи) и 1991 годов (падение коммунистического режима и развал Советского Союза) довольно часто употребляется такое определение, как «катастрофа», а в отношении «цветных» революций, сотрясающих многие политические режимы, в обществе присутствуют устойчивые фобии.

Видимо, по причине такой «травматической» памяти мимо сознания наших сограждан и проходят весьма важные информационные импульсы относительно философии, технологического и социального содержания так называемых промышленных революций, за что, конечно, опаздывающим регионам и проживающим в них населению приходится платить исключительно высокую цену.

В качестве обратного примера скоростной и вполне адекватной реакции на информационный импульс относительно третьей цивилизационной волны (или третьей промышленной революции) приведём известный сюжет, как по распоряжению премьера Госсовета КНР Ли Кэцзяна – сразу после издания эпохальной книги Джереми Рифкина «Третья промышленная революция» в 2011 году – в Китае эта монография была переиздана тиражом 250 тысяч экземпляров и разослана руководителям всех уровней с директивой скорейшего ознакомления и масштабного внедрения предлагаемых идеологических и структурных инноваций. Ну и где сейчас находится Китай – в смысле экономических и политических рейтингов – нам всем очень хорошо известно.

По-видимому, вышеприведённый пример ответственного и заинтересованного отношения к

---

---

предметному содержанию революционных преобразований в науке, технике и промышленности и, главным образом, к его последствиям для темпов развития второй экономики мира (а очень скоро и первой) не прошёл незамеченным для вперёдсмотрящих лидеров РФ. По крайней мере, труд выдающегося представителя технологической элиты Запада, основателя Давосского экономического форума Клауса Шваба «Четвёртая промышленная революция» появилась в России в том же 2017 году, что и в Европе.

В предисловии к этому изданию Клаус Шваб ясно сформулировал, каким образом оформляется взаимозависимость актуальных технологических и социальных контекстов, которые нам, конечно же, необходимо учитывать, если мы хотим вести серьёзный разговор о революционных преобразованиях в психотерапевтической науке и практике.

В частности, Шваб утверждает следующее: «... Чем больше мы размышляем о том, как использовать огромные преимущества технологической революции..., тем внимательнее мы всматриваемся в себя и в базовые социальные модели, которые создают и воплощают эти технологии... смена парадигм происходит в том, как мы работаем, общаемся, самовыражаемся, получаем информацию».

Этот последний тезис Шваба дополняет и другой, часто цитируемый гуру современной футурологии Митио Каку, который прямо говорит о приоритете эффективной самоорганизации для человека будущего – а ведь это и есть конечная цель психотерапевтического процесса – и возможностях использования плодов последней технологической революции для реализации этого очевидного приоритета.

В другом предисловии, уже к русскому изданию упомянутой книги К. Шваба, автором этого предисловия Германом Грефом чётко и недвусмысленно сформулировано, зачем вообще нужно заниматься проблемой научно-технических революций или хотя бы быть в курсе того, что в этом смысле происходит в мире: «... Если мы хотим быть среди лидеров мирового сообщества, мы должны понимать, в каком направлении будет происходить технологическое развитие, и какие прорывные инновации ожидают нас в будущем».

И здесь, продвигаясь уже непосредственно к теме революционных преобразований в психотерапии, в пору повторить созвучное вышеприведённому тезису сакраментальное высказывание-вопрос Бориса Бараша – первого из отечественных исследователей, обратившего внимание на исключительную важность обсуждаемой проблематики: «Будем ли мы участниками в формировании новых психотерапевтических направлений, или опять, как и 70 и 30 лет назад, лишь современниками преобразований?... Когда... мы были выключены из общего культурно-исторического контекста развития психотерапии, утратили ориентиры и логику этого развития».

В следующих разделах настоящей статьи мы ещё не раз будем обращаться к трудам этого талантливому и безвременно ушедшего автора, а пока рискнём утверждать, что вышеприведённые аналогии между последней технологической (промышленной) и психотерапевтической «революциями» носят отнюдь не умозрительный характер и повествуют не только об актуальных социальных контекстах, в которых развивается профессиональная психотерапия.

Более того – как бы, на первый взгляд, претенциозно и пафосно это не прозвучало – мы считаем необходимым аргументированно проиллюстрировать тот факт, что без раскрытия сущностного содержания понятия «четвёртая революция в психотерапии» и с этой новейшей и общей революционной тенденцией в информационной – технологической – промышленной сферах могут происходить нежелательные и даже опасные перекосы.

И что в век глобализации и беспрецедентного ускорения темпов технического (информационного) развития наличие таких «перекосов» чревато непредсказуемыми, а в своих крайних проявлениях – исключительно тяжёлыми последствиями уже для всего населения планеты.

Таким образом, четвёртая промышленная революция, являясь основным двигателем цивилизационного развития человечества на ближайшую перспективу, в то же время является главным стимулом для развития профессиональной психотерапии по уже упомянутому сценарию: революция – реформа – эволюция – перспективное планирование. Причём уже сейчас совершенно ясно, что «голая» реформа – без понимания смысла и направления необходимых изменений – ни к чему не приведёт. А только лишь эволюционное развитие профессии не обеспечит нужных темпов социальной динамики, наиболее востребованных в контексте происходящих тотальных информационных и технологических преобразований современного общества.

### **Исследованная периодика становления профессиональной психотерапии**

Исторический аспект данной проблематики, в частности, вопрос соответствия глубоких качественных преобразований в психотерапевтической практике доминирующим культурно-историческим контекстам, так или иначе, рассматривался буквально всеми авторами, исследующими процесс революционных преобразований в профессиональной психотерапии.

Так, например, М.М. Решетников (2003) указывал на то, что вопросы концептуального оформления профессиональной психотерапии не могут рассматриваться вне «...их исторического, методологического и экономического контекста, а если ещё точнее – вне... культурно-исторического контекста». С.В. Цыцарев (2006) прямо говорил о том,

---

---

что «... В зависимости от того, на чём в каждый исторический период сконцентрировано общество в фундаментальных и имеющих массовое распространение аспектах философии, науки, литературы, медицины, политики, идеологии и экономики интерпретация психотерапевтического процесса и его результатов может кардинально меняться».

И, конечно, в наиболее аргументированном и системном изложении проблематика взаимозависимости революционных преобразований в психотерапии и предшествующим им культурно-историческим мутациям общественного сознания взаимозависимости была представлена в известной статье Бориса Бараша «Третья революция в психотерапии» (1993). В частности, обосновывая качественное своеобразие второй революции в профессиональной психотерапии, Бараш здесь указывает на то, что этому процессу предшествовала глубокая перестройка философии и социальных наук на Западе, которая интерпретировалась интеллектуальной элитой того времени как реакция общественного сознания на Вторую мировую войну, принесшую с собой волну антигуманизма, ужасов массовых убийств и обесценивания человеческой жизни. И вот эта поднимающаяся профессиональная волна и родилась на гребне экзистенциально-гуманистической философии как идеологической базы нового направления профессиональной психотерапии с одноименным названием.

И далее, по мысли Б. Бараша, движущей силой «третьей революции» в профессиональной психотерапии явился конфликт между требованиями изменившейся к началу 60-х годов XX века социально-экономической ситуации (эти требования в основном связывались автором с научно-техническим прогрессом, в частности, с прогрессом в сфере развития нового класса эффективных, по преимуществу краткосрочных психотехнологий с ориентацией на потребности и ресурсы клиента) и ограничениями доминирующих психотерапевтических систем – направлений психоанализа и поведенческой психотерапии с одной стороны и экзистенциально-гуманистической психотерапии – с другой. «Третья сила» в профессиональной психотерапии, преодолевающая ограничение первых двух идеологических подходов, оказалась востребована в данных обстоятельствах – и вот она появилась в виде всплеска новых психотерапевтических методов, к которым Бараш отнёс эриксоновский гипноз, нейролингвистическое программирование, а также методы семейной психотерапии, связанные с именем К. Витакера, В. Сатир, С. Минухина, М. Сильвини-Палацциолли, Д. Хейли и К. Мендеса.

Здесь же следует отметить и такую неоднозначную особенность в интерпретации вышеприведённой периодики: все предшествующие «революционные» эпохи в развитии профессии, обусловленные сменой доминант культурно-исторического контекста, исследователи этого вопроса

так или иначе увязывали с появлением «эпохальных» методов, которые затем имели тенденцию к трансформации в соответствующие направления профессиональной психотерапии.

Однако в отношении истинно революционного содержания этих «эпохальных» психотерапевтических методов и направлений полного единства не наблюдается.

Никаких возражений, пожалуй, здесь не вызывает лишь тезис о том, что появление психоанализа – это, вне всякого сомнения, начало первой революции в психотерапии, и что эта первая революция привела в итоге к формированию общепризнанного психодинамического направления в профессии.

Но вот в отношении оценок «поведенческого» поворота в психотерапии ситуация уже другая. В классификации Б. Бараша поведенческая психотерапия по своим основным характеристикам примыкает к первой психотерапевтической революции. Но многие представители классической бихевиоральной психологии и психотерапии думают иначе, полагая, что «поведенческому» повороту должен быть отведён статус самостоятельной революционной эпохи в развитии профессии. И здесь же присутствует ещё одна сложность в отношении того, следует ли считать имевшую место в конце 50-х – начале 60-х годов XX века когнитивную революцию в психологической науке и практике такой же эпохальной революцией в психотерапии, на чём настаивают представители когнитивного психотерапевтического крыла, или же следует говорить об общем когнитивно-поведенческом прорыве в профессии, который в итоге и привёл к формированию одноимённого направления в профессиональной психотерапии.

В связи с этим определение «порядкового номера» экзистенциально-гуманистического революционного поворота – как, собственно, и заявленной Б. Барашем революции «новой волны» в профессиональной психотерапии – вызывает множество вопросов, ответы на которые так или иначе следует искать в плоскости поиска адекватной оценочной методологии и соответствующих критериев, характеризующих предметную сферу профессиональной психотерапии.

Однако даже и с учётом того обстоятельства, что в обосновании вышеприведённой революционной периодики в развитии профессиональной психотерапии отдельные исследователи выходили за рамки достаточно узких психотехнологических границ, присущих определённым психотерапевтическим методам и направлениям (в чем, как нам представляется, и заключается главная новаторская идея Бориса Бараша), основной психотехнический стержень такой логики здесь оставался неизменным. То есть все более или менее радикальные изменения в профессии увязывались с существенной модификацией используемых психотехнических подходов – будь то совокупность

---

---

---

---

структурированных техник или заявляемых мета-технологических позиций.

Именно поэтому в нашем, по необходимости, кратком обзоре мы не можем обойти вниманием отслеженную периодику становления профессиональной психотерапии как научной дисциплины.

И хотя исследователи этой важной линии развития психотерапии не употребляли «звонкой» революционной фразеологии, речь здесь, вне всякого сомнения, идёт о важнейших качественных этапах становления профессии, подлинное значение которых ещё только начинает раскрываться.

В наиболее известном и часто цитируемом исследовании R. Russee, D. Orlinsky (1996) дифференцируют следующие этапы становления научных исследований в сфере профессиональной психотерапии:

- *период становления поля научных исследований (1927-1954 гг.)*. К этому этапу отнесены первые публикации, первые представления о появляющихся направлениях психотерапии. Так, в конце 20-х – начале 30-х годов XX века психоаналитические институты Берлина, Лондона, Чикаго и другие начали публикации катамнестических данных за длительный период. К этому же времени относятся первые описания методов психотерапии, основанных на принципах научения (Jones, 1924; Mowrer, 1938). К началу 40-х годов прошлого века относится появление клиент-центрированной терапии К. Роджерса и его первые исследования изменений в процессе психотерапии и др.;
- *период поиска научной опоры (1955-1969 гг.)*. В этот период происходит окончательное оформление основных психотерапевтических школ, и исследования принимают более формализованный и организованный характер. Наиболее известное исследование этого периода – Меннингеровский проект, посвящённый эффективности долговременного психоанализа;
- *период расширения поля исследований и усиления их целенаправленной организации (1970-1983 гг.)*. Данный период включает в себя стремительный рост числа эмпирических исследований и оформление основных исследовательских стратегий. Интересы учёных эволюционируют от вопроса об общей эффективности психотерапии к поиску наиболее эффективных специфических интервенций для конкретных психических расстройств. Расширяется число исследуемых переменных, оформляются отдельные направления изучения составляющих психотерапии (процесс терапии, клиент, терапевт);
- *период консолидации методологии исследований и переформулирования прежних выводов (1984 г. и далее)*. Новая эпоха исследований связана с выходом первых руко-

водств по психотерапии и возникновением устойчивой схемы исследований на основе критериев научно-обоснованной, «доказательной» медицины, или (современный термин) доказательной исследовательской практики. Основные тенденции данного этапа заключаются в возрастании сложности исследовательского поля психотерапии, увеличении числа психотерапевтических методов, тенденции к интеграции техник, росте числа диагностических категорий психических расстройств, развитии исследовательских методов, возросших требованиях в плане предоставления убедительных доказательств эффективности, связанных с интеграцией психотерапии в систему страховой медицины и ростом общественного интереса к психотерапии в целом.

Второе известное исследование периодики научных изысканий в сфере психотерапии было проведено Х. Кэхле (2000). Здесь выделяются следующие этапы становления научной психотерапии:

- *первый этап* собственно научного изучения психотерапии Х. Кэхле считает 30-70-е годы прошлого века. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще, независимо от конкретной её формы, диагноза пациентов и т.п.;
- к задачам *второго этапа* относится установление связи между процессом и результатом психотерапии. В этот же период уделяется большое внимание развитию сравнительных исследований результатов воздействия различных психотерапевтических подходов;
- *третий этап* исследований психотерапии преодолевает тенденцию к групповым и статистическим подходам, к искусственно построенным экспериментальным условиям и вновь возвращается к натуралистическим методам. Дизайн исследований опять обращается к реальной практике и специфике проведения психотерапевтического лечения. При этом сохраняется стремление к контролю над процессуальными факторами, которые также подлежат изучению (цит. по Д.Д. Пуговкиной и др., 2009).

Наконец, третья масштабная работа, заслуживающая внимания, и также касающаяся истории исследований в психотерапии, рассматривает различные принципы оценки психотерапевтических вмешательств в их историческом контексте (У. Бауманн, К. Рейнекерт-Хехт, 2012). В частности, авторами описывается появление следующих методов: 1) общая оценка эффективности, используемая в 30-е годы прошлого столетия; 2) модель контрольных групп, используемая с начала 50-х годов XX века; 3) дифференцированное исследование терапии, конец 60-х годов XX века; 4) концепция перспектив, 70-е годы XX века; 5) фазовая



---

---

модель процесса исследования, начало 80-х годов прошлого столетия; 6) процедура метаанализа, 80-е годы XX века; 7) процесс управления качеством, доказательная психотерапия, начало 90-х годов прошлого столетия. Каждая из приведённых моделей оценки эффективности психотерапии, по мнению авторов, имеет свои преимущества и до настоящего времени может быть использована в соответствующих исследовательских контекстах.

В общей сложности вышеприведённые масштабные исследования опираются на ссылки более чем 400 авторитетных источников с научно-аргументированными доказательствами эффективности профессиональной психотерапии, полученными в ходе корректных экспериментов.

И, тем не менее, следует открыто признать тот факт, что все процитированные исследования не дают ясного ответа на вопрос, можно ли в настоящее время считать профессиональную психотерапию самостоятельной и состоятельной наукой.

Более того, в отношении рассматриваемого вопроса имеется значительный массив противоречивых публикаций, посвящённых, прежде всего, дискуссионному научному статусу психотерапии (А. Притц, Х. Тойфельхарт, 1999; В. Датлер, У. Фельт, 1999; М. Штайнлехер, 1999; Р. Гуттерер, 1999; Г. Шипек, 1999; Э. Вагнер, 1999; Л. Рейтер, Э. Штейнер, 1999; В.В. Макаров, 2013; Е.А. Ромек, 2013; А.Я. Варга, 2013; Н.Ю. Хусаинова, 2013, и многие другие).

Разнонаправленные суждения и точки зрения, высказанные в этих и других публикациях, с нашей точки зрения, очень удачно подытоживают Эмми Ван Дойрцен-Смит и Дэвид Смит в своей фундаментальной статье «Является ли психотерапия самостоятельной научной дисциплиной?», опубликованной в 1999 году. Здесь эти авторы утверждают буквально следующее: «... Необходимо также иметь в виду, что с возрастанием количества научных исследовательских работ о психотерапии делать вывод о её научности было бы ошибочным.

То простое обстоятельство, что практически любая определённая деятельность научно изучается, не пребывает ни в какой связи с её научностью. И хотя outcome – исследования и могут подтвердить эффективность психотерапии (или неэффективность), но не её научность как таковую». И далее названные авторы высказываются в отношении гипотетического научного статуса психотерапии совершенно определённым образом: «На вопрос, существует ли уже теперь общая наука психотерапии, мы бы дали отрицательный ответ: допарадигматическая природа психотерапии, её разнообразие, то обстоятельство, что конкурирующие школы представляют несовместимые подходы, а также отсутствие общих для всех методологических правил заставляют высказываться против. На другой вопрос – может ли в принципе существовать общая наука психотерапии – с опре-

делёнными предостережениями можно ответить утвердительно. Допарадигматические конструкции, в конце концов, уступают место одной-единственной парадигме и тем самым переходят в новую стадию развития деятельности и сравнительно единой научной дисциплины».

И в данном случае мы обращаем особое внимание на сформулированный цитируемыми авторами абсолютно внятный критерий, какие изменения в научном статусе психотерапии следует считать действительно «революционными» – это трансформация достаточно произвольных психотехнических построений, которые до последнего времени во многом и представляли предметную сферу профессиональной психотерапии, в конструкцию научно-обоснованной парадигмы – системообразующий методологический стержень профессии.

Но также процитированное высказывание можно считать и довольно-таки суровым «приговором» необоснованным попыткам переформатирования произвольного психотехнического статуса существующих теорий и метатеорий психотерапии в статус некоего множества «самостоятельных научных парадигм», наличие которого будто бы обосновывается идеологией постнеклассических научных подходов.

Углубленный анализ этих демаршей показывает, что апологетами такого рода «постнеклассических» подходов в психологии и психотерапии усваивается и используется в основном лишь расхожий лексикон и некоторые вырванные из контекста тезисы при игнорировании фундаментальных принципов рассматриваемых подходов, ни в коей мере не отрицающих достижения позитивистской науки (А.Л. Катков, В.В. Макаров, 2009).

Так или иначе, с позиции вышеприведённого гранд-критерия в определении «подлинно революционного статуса» профессиональной психотерапии – все прочие психотехнические революции носили ограниченный, так сказать, «комнатный» характер и по большому счёту так и не изменили неопределённого социального статуса и в целом невысокого социального рейтинга профессии.

Таким образом, одно только наличие актуальных социальных контекстов, стимулирующих определённые процессы в развитии профессиональной психотерапии и признаки достижения приемлемой степени соответствия этим актуальным контекстам в психотехническом оформлении профессиональной деятельности – важные, но явно недостаточные основания для констатации действительно революционной качественной динамики становления профессии.

Вопрос, следовательно, заключается ещё и в том, какую общую методологию и, в частности, какие оценочные критерии мы будем использовать для аргументации наличия или, по крайней мере, фактов существенного продвижения к действительно революционным преобразованиям в психотерапевтической науке и практике. И, соответ-

ственно, на какие критерии мы можем опираться в последующих оценках степени соответствия процесса развития профессиональной психотерапии требованиям времени.

### **Общая методология и используемые оценочные критерии**

Обоснование качественно нового этапа в развитии профессиональной психотерапии, особенно с учётом долговременного функционального последствия (революция – реформа – эволюция – перспективное планирование) такого переформатирования взглядов на профессию, вне всякого сомнения, требует выверенной методологии проведения соответствующих исследований.

В нашем случае все промежуточные и конечные выводы по констатации революционных изменений в структурных и содержательных характеристиках современной психотерапии были сделаны по результатам реализации следующих масштабных исследовательских проектов:

- комплексный проект «Разработка актуальных теоретических и практических аспектов направления интегративной и эклектической психотерапии» (основные исполнители – кафедра психотерапии, психиатрии – наркологии, клинической и консультативной психологии Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, руководитель – профессор А.Л. Катков; кафедра психотерапии, медицинской психологии с курсом сексологии и сексопатологии Российской Медицинской Академии последипломного образования, руководитель – профессор В.В. Макаров; сроки реализации – 2001-2012 гг.);
- инициативный авторский проект «Профессиональная психотерапия: форсайтное исследование» (реализован в два этапа – в 1999 и 2014 гг.);
- инициативный авторский проект по разработке и изучению эффективности модели первичной психотерапевтической помощи: «Полимодалная экспресс-психотерапия» (2005-2010 гг.);
- инициативный авторский проект «Философское и научно-методологическое обоснование интегративной психотерапии» (2008-2012 гг.);
- инициативный авторский проект «Исследование психологических и психотехнологических основ эффективной самоорганизации» (2005-2014 гг.);
- инициативный авторский проект «Разработка комплексной методологии психотехнического анализа психотерапевтического процесса» (2012-2015 гг.);
- комплексный проект «Исследование системных характеристик феномена качества

индивидуального и социального психического здоровья» (МИСП г. Санкт-Петербурга, 2012-2015 гг.);

- комплексный проект «Разработка методологии научных исследований в сфере профессиональной психотерапии» (МИСП г. Санкт-Петербурга, 2014-2016 гг.).

В качестве основных методов исследования по нашей основной проблематике были использованы:

- *метод эпистемологического анализа* представляет собой способ критического пересмотра определённой области знаний. Эпистемологический анализ позволяет идентифицировать глубинный культурно-исторический и собственно эпистемологический контекст, из которого выводится исследуемая форма знаний; отделять иллюзии, химеры, беспочвенные верования, «идеологию» от подлинно научных, концептуальных основ знания; отделять поверхностную интерпретацию контекста развития рассматриваемой области знания от глубинной; осуществлять в результате всего вышесказанного адекватное выведение реальных и обоснованных универсалий в исследуемой сфере, а также путей и методов их получения;
- *метод экспертных оценок* заключается в формализованной процедуре сбора, анализа и интерпретации независимых суждений нескольких экспертов о наличии, степени выраженности или значимости какого-либо исследуемого признака или тенденции, имеющих определяющее значение в выработке рациональных стратегических и организационных решений в какой-либо сфере организованной деятельности;
- *метод форсайта* (буквально – видение будущего) – один из методов исследования будущего, например, какого-либо профессионального – в нашем случае психотерапевтического – направления, основанный на экспертной оценке основных стратегий и тенденций инновационного развития, выявлении таких технологических прорывов, которые способны оказать воздействие на человека, общество, экономику в среднесрочной (10-15 лет) и долгосрочной (20 лет и более) перспективах. Форсайт ориентирован не только на определение возможных альтернатив, но и на выбор наиболее предпочтительных из них. Выбор оптимальной стратегии развития исследуемого направления производится на основе последовательности широких экспертных консультаций, что позволяет предвидеть самые неожиданные пути развития событий и возможные «подводные» камни.

В качестве общего системообразующего стержня для всех перечисленных исследовательских проектов был использован так называемый

---

---

*матричный принцип* построения предметной сферы рассматриваемой научно-практической дисциплины, функциональных уровней исследуемой и смежных научно-практических дисциплин; системы профессиональных стандартов и правил профессиональной деятельности, разрабатываемых в рамках современной психотерапевтической практики.

Разработка и использование матричного принципа при исследовании этапов развития профессиональной психотерапии позволяет, кроме того, надёжно идентифицировать основные параметры и индикаторы, динамика которых даёт исчерпывающие представления о качественных изменениях структуры и содержания профессиональной психотерапии.

И далее, перспективное использование матричного принципа открывает возможности к выведению трёхмерной информационной структуры рассматриваемой научно-практической дисциплины, уточнить место данной дисциплины в ареале наук о психике человека и предпринимать осмысленные шаги по форсированному развитию профессиональной психотерапии по наиболее перспективным направлениям.

Здесь же следует сказать, что и сам по себе прецедент использования системообразующего матричного принципа при исследовании предметной сферы профессиональной психотерапии свидетельствует о существенных качественных изменениях в психотерапевтической науке и практике.

Одним из основных промежуточных результатов реализации соответствующего исследовательского цикла явилась разработка *матричной системы параметров и индикаторов*, демонстрирующих наличие существенных качественных изменений в предметной сфере профессиональной психотерапии.

В самом кратком перечне система оценочных параметров и индикаторов выглядят следующим образом:

#### *Параметр базисных профессиональных установок*

Основные индикаторы:

- наличие официально продекларированных (констатация в соответствующих официальных документах – уставах, положениях и пр.) стратегических установок от лица наиболее крупных легально действующих профессиональных сообществ – на развитие профессиональной психотерапии как самостоятельного научно-практического направления с перспективами достижения статуса авангардной науки, актуальной и масштабной социальной практики.

*Параметр проработанности предметной сферы профессиональной психотерапии (в частности – научной обоснованности и состоятель-*

*ности объясняющих и предписывающих теорий и концептов)*

Основные индикаторы:

- наличие проработанной предметной сферы профессиональной психотерапии;
- наличие проработанной Базисной исследовательской программы;
- наличие удовлетворительного решения методологических сложностей, ставящих под вопрос принадлежность профессиональной психотерапии к ареалу науки;
- удовлетворительная степень проработанности уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, в частности с 1-го по 3-й (уровни фундаментальных допущений, базовых теорий и концепций, собственно дисциплинарных теорий и концепций);
- соответствие критериям принадлежности профессиональной психотерапии к системе кодифицированных научных знаний (здесь имеются в виду следующие критерии: проработанная предметная сфера; принцип верификации в совокупности с принципом инвариантности – симметрии; принцип фальсификации – опровергаемости; принцип наблюдаемости, измеряемости; принцип простоты – т.е. наиболее вероятного, не требующего дополнительных условий объяснения; принцип системности – согласованности в отношении концептуального ядра определённого научного направления или методологии его формирования; принцип соответствия со всеми вышеперечисленными позициями: по большинству вышеприведённых позиций должно констатироваться обоснованное соответствие; по другим позициям должны быть представлены чёткие и понятные аргументы возникающих методологических сложностей и способов их преодоления);
- наличие проработанных векторов интеграции профессиональной психотерапии (в частности, культурно-исторического и внешнего – с современным корпусом науки и сопредельными направлениями философии, медицины, педагогики, психологии);
- наличие организованного дисциплинарно-коммуникативного сообщества, готового транслировать аргументированные достижения фундаментальной и прикладной психотерапевтической науки в практику.

*Параметр общей дисциплинарной и психотехнической состоятельности профессиональной психотерапии*

Основные индикаторы:

- удовлетворительная степень проработанности уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, в том числе с

---

---

4-го по 6-й (уровни актуального профессионального поля, правил и стандартов профессиональной деятельности, принципов эффективного нормативного регулирования);

- наличие проработанного внутреннего вектора интеграции профессиональной психотерапии (в частности – между различными направлениями и модальностями психотерапии с обязательным условием соответствия вектора психотехнической интеграции критериям Розенцвейга, 1936; Ламберта-Бегины, 1992; Прохазки-Норкросса, 2001, а также с другими помогающими и развивающими практиками);
- наличие целостной проработанной методологии психотехнического оформления психотерапевтического процесса (в соответствии с установочными позициями 3-5-го уровней дисциплинарной матрицы);
- наличие проработанных векторов психотехнической активности профессиональных психотерапевтов – помогающего, саногенного, социально-стабилизирующего, развивающего;
- наличие высокой степени соответствия ассортимента и условий предоставления профессиональной психотерапевтической помощи ожиданиям и потребностям основных групп населения;
- наличие разработанной системы психотехнического и комплексного анализа эффективности оказываемой психотерапевтической помощи.

#### *Параметр организационной состоятельности*

Основные индикаторы:

- наличие проработанной концепции и действенных инструментов по управлению качеством оказываемой психотерапевтической помощи;
- наличие институциональных предпосылок к эффективному организационно-нормативному регулированию профессиональной психотерапевтической деятельности (общественных и государственных институтов с функциями нормативного регулирования профильной профессиональной деятельности);
- наличие возможностей мониторинга эффективности оказываемой психотерапевтической помощи (в том числе возможности рутинной экспресс-оценки эффективности психотерапевтического цикла; масштабного скрининга эффективности используемых психотерапевтических технологий; углубленного комплексного исследования эффективности инновационных психотерапевтических технологий);
- наличие продуманной системы кластерного взаимодействия основных агентов (кабине-

тов, учреждений, центров и пр.) по оказанию и контролю качества психотерапевтической помощи.

#### *Интегральный параметр соответствия профессионального ответа главным эпохальным вызовам*

Основные индикаторы:

- степень соответствия эволюционным вызовам;
- степень соответствия социальным вызовам;
- степень соответствия биологическим вызовам;
- степень соответствия идеологическим (футурологическим) вызовам;
- степень соответствия сущностным характеристикам 4-й промышленной революции.

#### *Интегральный параметр соответствия главным тенденциям развития профессиональной психотерапии, выявленным при проведении форсайт-исследований*

Основные индикаторы:

- степень соответствия тезису: от психотерапии стихийной – к психотерапии профессиональной;
- степень соответствия тезису: от психотерапии эксклюзивной – к психотерапии социальной;
- степень соответствия тезису: от неопределённого социального статуса психотерапии – к признанию за психотерапией статуса самостоятельной научно-практической дисциплины, авангардного крыла науки, масштабной и востребованной социальной практики.

#### *Контрольный параметр, демонстрирующий различие метапозиционных профессиональных установок в сравниваемых «революционных» периодах развития профессиональной психотерапии*

Основные индикаторы:

- здесь проводится сравнение по всему спектру сопоставимых метапозиционных характеристик.

Таким образом, вышеприведённая система параметров и индикаторов охватывает практически всю сферу функциональной активности профессиональной психотерапии и даёт возможность построения полноценной модели исследуемого научно-практического направления, что очень важно с позиции последующего мониторинга.

Оценка динамики развития профессиональной психотерапии по каждому обозначенному параметру и индикатору проводилась с использованием тех же методов эпистемологического анализа, экспертных оценок и общей методологии форсайт-исследования, о которых сообщалось выше.

В качестве основных индикаторов по последнему параметру были использованы метатехно-

---

---

гические характеристики «третьей революции» в психотерапии в систематике Б. Бараша (1993).

### Результаты комплексного исследования

Конечные результаты проведённого нами исследовательского цикла в системе избранных параметров и индикаторов выглядят следующим образом.

1. По параметру *базисных профессиональных установок* и основного индикатора данного параметра (декларируемые стратегические цели развития профессиональной психотерапии в документах дееспособных профессиональных сообществ) констатируется следующая динамика.

Исходная ситуация в профессиональной психотерапии (начало 90-х годов прошлого столетия, т. е. период манифеста «третьей революции в психотерапии» в систематике Б. Бараша) здесь исчерпывающе представлена в известной Страсбургской декларации, разработанной Европейской психотерапевтической ассоциацией (ЕАП) и принятой в Страсбурге 21 октября 1990 года.

Основные тезисы в отношении статуса профессиональной психотерапии и носителя профессии – профессионального психотерапевта – здесь представлены следующим образом:

- психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;
- психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности;
- гарантированным является разнообразие терапевтических методов;
- образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально; оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора; одновременно приобретаются широкие представления о других методах;
- доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности – в области гуманитарных и общественных наук.

Здесь же следует сказать и о том, что крупнейшая в России профессиональная ассоциация психотерапевтов и психологов-консультантов Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига является действительным членом ЕАП и, следовательно, вместе со 166-ю профессиональными психотерапевтическими ассоциациями Европы и мира разделяет все вышеприведённые позиции в отношении статуса профессиональной психотерапии.

Наиболее существенным в данной декларации, с нашей точки зрения, является констатация того

важнейшего обстоятельства, что психотерапия: 1) является «особой дисциплиной из области гуманитарных наук», но пока ещё не самостоятельным научно-практическим направлением); 2) «образование в области психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально ... при условии широкой предварительной подготовки... с одновременным приобретением широких представлений о других методах...», но пока ещё без указания на проработанный интегративный базис профессиональной психотерапии как единой научно обоснованной дисциплины; 3) «психотерапия... представляет собой свободную и независимую профессию...», то есть тот род деятельности, который в современной терминологии обозначается как *freelance*, не встроенный в систему жёстко структурированных профессиональных отношений, регулируемых государственными или частными работодателями; но пока ещё – не масштабную, актуальную и особо востребованную социальную практику с прямыми и весьма интенсивными коммуникациями профессионального психотерапевтического сообщества, отдельных профессионалов с населением, его разнообразными группами и представителями (что, собственно, и предполагается в формате современной социальной психотерапии); 4) «гарантированное разнообразие применяемых психотерапевтических методов», но пока ещё без исчерпывающих комментариев в отношении того, каким образом это «методическое разнообразие» должно подтверждать свою эффективность и укладываться в картину единой научно обоснованной специальности.

Этот пунктирный и, как нам представляется, угадываемый в Страсбургской декларации перспективный вектор развития профессиональной психотерапии в полной мере прописан в основополагающих стратегических документах, принятых в самые последние годы профессиональными психотерапевтическими организациями Российской Федерации.

В частности, в документе «Устав Общероссийского Совета по психотерапии и психологическому консультированию», принятом в 2008 году, подчёркивается важность «... формирования единого психотерапевтического и психолого-консультационного пространства на территории РФ». При этом в качестве основных задач Совета по психотерапии и психологическому консультированию позиционируются: «развитие науки... в области психотерапии и психологического консультирования»; «повышение социального престижа профессии психотерапевта, психолога-консультанта путём информирования населения о современных достижениях психотерапии и психологического консультирования».

В преамбуле Устава Саморегулируемой организации (СРО) «Национальная Ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов»,

---

---

созданной и официально зарегистрированной в 2015 году, прямо говорится о том, что основные задачи этой вновь созданной организации «... видятся в том, чтобы представляемые в профильной СРО профессии – психотерапия и психоанализ, теоретическая и практическая психология и консультирование – получили дополнительный импульс развития, а профессиональная психотерапия, кроме того, приобрела *статус самостоятельной научно-практической дисциплины с признанием значимой социальной роли, отводимой психотерапии в современном мире*».

И далее в этом же документе необходимость признания за профессиональной психотерапией статуса самостоятельного научно-практического направления аргументируется следующим образом: «... эффективное решение этой главной задачи позволит существенно повысить качество психотерапевтической и психологической помощи гражданам нашей страны, стимулировать открытый спрос на квалифицированную профильную помощь, значительно повысить социальные рейтинги специалистов – профессиональных психотерапевтов и психологов – с выходом на новый уровень востребованности в обществе».

В основополагающих документах данной профильной СРО национального уровня, имеющих прямое отношение к развитию психотерапевтической науки в РФ (Положение об Общественном учёном совете по психотерапии, действующее в рамках Национальной Ассоциации развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов»), в частности, говорится о том, что «Учёный совет по психотерапии призван оказывать всемерное содействие процессу признания за психотерапией статуса самостоятельного научно-практического направления. Такое содействие должно обеспечивать искомый импульс в развитии профессии и полноценно реализовать помогающие, развивающие, саногенные, социально-стабилизирующие функции профессиональной психотерапии, то есть наиболее эффективным образом ответить на социальный запрос в сфере психического и психологического здоровья... Стратегическая деятельность Учёного совета выстраивается в направлении разработки и масштабной реализации Базисной научно-исследовательской программы, которая утвердит профессиональную психотерапию в качестве авангардного научного фронта со всеми выводимыми отсюда последствиями»; «...Учёный совет создаётся с целью оказания всемерного содействия основному требованию, предъявляемому к системе психотерапевтической помощи: обоснованию эффективности используемых технологий профильной помощи, разработке профессиональных стандартов такой помощи, основанных на доказательной практике, и созданию механизмов эффективного контроля качества психотерапевтической деятельности по всем основным сегментам

(практика, профессиональная подготовка, научные исследования)».

Таким образом, наличие официально продекларированных стратегических установок от лица наиболее крупных легально действующих профессиональных психотерапевтических сообществ Российской Федерации, ясно демонстрирует приверженность существенной части профессионального сообщества курсу на развитие профессиональной психотерапии как самостоятельного научно-практического направления с перспективами достижения статуса авангардной науки, актуальной, масштабной и востребованной социальной практики.

Но, кроме того, констатация такого рода подразумевает и существенное продвижение в направлении соответствующих исследований, получение понятных и убедительных научных аргументов в пользу заявляемого перспективного вектора развития профессиональной психотерапии.

2. По параметру проработанности предметной сферы психотерапии (в частности – научной обоснованности и состоятельности объясняющих и предписывающих теорий и концептов) были получены следующие результаты и характеристики динамики статуса профессиональной психотерапии.

2.1. Индикатор: наличие проработанной предметной сферы профессиональной психотерапии

В ходе реализации полного исследовательского цикла были сформулированы специфическими требованиями, предъявляемыми к определению предметной сферы профессиональной психотерапии:

- *функциональная дееспособность* (то есть предметная сфера психотерапии должна адекватно представлять функциональную суть наиболее востребованных психотерапевтических феноменов, в частности феномена психопластики);
- *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 пространения 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).

Далее на основании реализованного массива исследований, проведённых с учётом вышеприведённых специфических требований, были определены, что предметную сферу профессиональной психотерапии представляют следующие структурные характеристики – дифференцируемые ряды:

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

В частности, было показано, что эти ряды – содержательные и функциональные – могут и должны прорабатываться за счёт реализации Базисной научно-исследовательской программы, которая, собственно, и представляет системообразующий стержень профессиональной психотерапии, легализующий данную область дифференцированного опыта и знаний в статусе самостоятельной научно-практической дисциплины.

Этот последний тезис полностью соответствует современному пониманию науки как набору актуальных, с точки зрения научных перспектив, гипотез, в большей или меньшей степени аргументированных с помощью наиболее адекватной исследовательской методологии, но не претендующих на статус истины в конечной инстанции.

То есть центральное значение здесь имеет не какая-либо «единая теория» психики, личности или психотерапии – такой «теории» не может быть в принципе – а осмысленная программа и выверенная методология исследования сложнейшего феномена психического и, соответственно, психопластики во всех его проявлениях.

## 2.2. Индикатор: наличие проработанной Базисной исследовательской программы

В ходе реализации первых фрагментов общего исследовательского цикла основные характеристики Базисной научно-исследовательской программы, ориентированной на форсированное развитие профессиональной психотерапии как научной дисциплины.

Понятие Базисной научно-исследовательской программы (НИП) – центральный концепт в философско-методологических разработках известного в данной сфере специалиста И. Лакатоса – определяется как «последовательность научных теорий», которая соответствует основному эвристическому правилу Карла Поппера: «Выдвигай гипотезы, имеющие большее эвристическое содержание, чем у предшествующих».

Последняя констатация этих всеобъемлющих свойств Базисной НИП чрезвычайно важна, поскольку именно сфера профессиональной психотерапии является чрезвычайно обширной зоной, неким «облаком» противоречивой информации – без каких-либо очерченных границ. Эту зону невозможно охватить какой-то одной теорией, пусть даже и фундаментальной, а только лишь объёмным кластером проработанных теорий, положений и концепций, выстроенных на основании системообразующего стержня 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.

---

---

Результирующая объёмная карта, учитывающая в том числе и методологические контексты, в которых были получены определённые массивы информации, является не переменным 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.

Следующим шагом было оформление структуры Базисной научно-исследовательской программы, приведённой 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 также 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 также 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 деятельно-

сти в виде завершённых проектов или комплексных исследовательских программ;

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

#### *Специальный раздел*

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

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

#### *Институциональный раздел*

В данном разделе прописываются процедуры институализации научных достижений в содержание профессиональных стандартов психотерапевтических, консультативных, воспитательных, 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 сопровождаться масштабным мониторингом эффективности и адекватным методологическим сопровождением;
- это подразумевает организацию мощных многопрофильных научно-практических и образовательных кластеров, которые должны действовать в тесном сотрудничестве с профессиональными ассоциациями.

#### *Раздел мониторинга и коррекции*

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

- мониторинг осуществляется на основании разработанной системы промежуточных и итоговых индикаторов и стандартных отчётов о проведённых научных исследованиях, инновационных внедрениях; результаты мониторинга доводятся до сведения дисциплинарно-коммуникативного сообщества;
- реализацию программы такого постоянного мониторинга и обновления 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, диссертационный совет 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, разнонаправленные и разноплановые (в смысле используемой методологии) исследования, проводимые в общем поле предметной сферы профессиональной психотерапии.

Именно таким образом и решается фундаментальная для психотерапевтической науки пробле-

ма адекватной идентификации и проработки предметной сферы профессиональной психотерапии.

2.3. Индикатор: наличие удовлетворительного решения методологических сложностей, ставящих под вопрос принадлежность профессиональной психотерапии к ареалу науки

Описание методологических сложностей причисления психотерапии к ареалу науки чаще всего начинается с того, что *обозначается неразрешимое противоречие между уникальным (субъективным) полюсом опыта психотерапевтического взаимодействия клиента с психотерапевтом – с универсальным (объективным) полюсом кодифицированных научных знаний, где как раз основным является требование воспроизведения стандартного результата в стандартно заданных условиях. Отсюда выводятся метафорические сравнения психотерапии с «джунглями», неуправляемым либо частично управляемым «хаосом» и пр. (И.А. Погодин, 2010; С.Р. Динабург, 2011).*

С точки зрения проведённого эпистемологического анализа, цитируемое «противоречие» интерпретируется как следствие очевидной несостоятельности представлений о содержании и этапах процесса синтеза научных знаний у большей части пишущих на эту тему авторов.

В частности, в соответствующем фрагменте исследовательского цикла было показано, что уникальный и универсальный адаптивный опыт (под последним, собственно, и подразумевается система кодифицированных научных знаний) отнюдь не противоречат друг другу. И что фиксируемое расхождение между гранями универсального и уникального адаптивного опыта в полной схеме адаптивно-креативного цикла, как и в концепции объёмной реальности в целом, не только не оценивается как «критическое», но признаётся абсолютно необходимым условием адекватного креативного синтеза знаний с признаками «объективной» информации.

Более того, проведённый углубленный эпистемологический анализ показал, что вся эволюционная динамика научных подходов – классических, неклассических, постнеклассических – так или иначе связана с выведением в общую предметную сферу науки полного цикла производства знания (т. е., адаптивно-креативного цикла), а не только с фиксацией внимания на конечный результат этого процесса – факта получения нового, «объективного» знания. И что вся разница между прохождением данного универсального цикла в процессе психотерапии и в ходе производства «объективного» знания заключается в том, что в первом случае внимание исследователей и участников этого процесса фиксируется на трансформации субъективного опыта. А во втором случае – на трансформацию «объективного» опыта, так или иначе подпитываемого импульсами субъектной креативности.

---

---

То есть с позиции «правильной» теории, полноценно описывающей эволюцию информационных планов реальности, речь должна вестись не о расхождении, а, наоборот, о необходимом схождении, функциональном единстве универсального (информация 1-го порядка) и уникального (информация 2-го порядка) содержания общего информационного полюса объёмной реальности, или об особом когерентном процессе, развивающая ценность которого становится понятной при детальном анализе ключевых этапов и фаз адаптивно-креативного цикла.

И далее, следует иметь в виду, что динамика прохождения субъектом универсального адаптивно-креативного цикла в процессе психотерапии отслеживается, в том числе, и по так называемым объективным параметрам – этапам, фазам и уровням адаптации – с необходимым множеством таких же «объективных» индикаторов, а не только по рефлективным (субъективным) характеристикам.

Что же касается поверхностной, с нашей точки зрения, интерпретации психотерапевтического процесса как некоего «хаоса», то с позиции синергетического внедисциплинарного научного подхода определённый этап прохождения клиентом универсального адаптивно-креативного цикла действительно содержит множество альтернатив форсированного развития проблемной для вовлечённого субъекта ситуации. При этом общую формулу эффективности психотерапевтического процесса как динамики кризисного развития такой сложнейшей системы, которую представляет собой человек, можно представить следующим образом: *актуализация (за счёт используемых макро- и метатехнологических подходов) эволюционно заложенных механизмов скорости-гиперпластики адаптивных изменений + умножение (за счёт множества используемых вариантов структурно-технологического оформления методов психотерапии) числа конструктивных альтернатив кризисного развития субъекта + форсированное достижение (за счёт совокупности используемых технологических подходов) высоких уровней психологического здоровья, обеспечивающего эффективную самоорганизацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде.*

То есть технологии профессиональной психотерапии включают все наиболее эффективные стратегии кризисного развития открытых систем. Причём главные стратегии такого кризисного развития связаны с возвратом к общему «стволу» (адаптивно-креативному циклу), из которого берут начало несущие параметры порядка, с пересмотром общих принципов их формирования; с существенным увеличением информационных стратегий, с умножением числа жизненных альтернатив, которые в русле синергетического подхода рассматриваются как необходимое условие выживания системы, двигающейся по катастрофическому сценарию развития. Что, конечно, по

своему смысловому содержанию не соответствует неадекватным метафорам «психотерапевтических джунглей» или «неуправляемого хаоса».

В соответствующих исследовательских фрагментах, кроме того, удалось показать, что первое слагаемое в вышеприведённой 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.

С позиции же эпистемологической «генетики», все перечисленные доводы, на наш взгляд, не только подтверждают вполне respectable научный статус профессиональной психотерапии, но утверждают данное направление в качестве крайне интересного авангардного эпистемологического фронта.

*Следующим по частоте приводимых контраргументов в отношении принадлежности профессиональной психотерапии к ареалу науки и, более того, идентификации психотерапии как единой целостной дисциплины – является тезис о том, что основными препятствиями здесь является отсутствие единой теории психики, личности, соответствующей психотехнической теории, и что только лишь существенное продвижение в данном направлении обеспечит приемлемый прогресс (Ф.Е. Василюк, 1992; А.В. Юревич, 1999, 2008; В.А. Мазилев, 2006; А.Н. Ждан, 2007; В.А. Кольцова, 2007; Б.Д. Карвасарский, 2006; и др.).*

*Следует отметить и ещё одну особенность вышеприведённого тезиса – это наиболее устойчивый анахронизм в общем поле профессиональной психотерапии, который в разных вариациях, но с обязательными претензиями на статус «неопровержимой истины» цитируется в продолжение последних 25 лет консервативным крылом профессионалов, без каких-либо попыток осмыслить изменения, происходящие в общем поле науки.*

Здесь мы можем только лишь повторить общеизвестный тезис, что современная наука отказывается от категорий «абсолютных истин», «единых теорий» и прочих информационных химер, а представляет поле реальности в виде более или менее аргументированных гипотез.

И далее, имеет значений лишь разработка адекватной методологии и подбор исследовательских инструментов, с помощью которых формируется Базисная научно-исследовательская программа соответствующего профиля, и проверяется доказательная сила сформулированных по матричному принципу рабочих гипотез.

---

---

Так, например, если бы наши коллеги-консерваторы вдруг бы решили «отменить» вполне уважаемый и не вызывающий никаких сомнений научный статус физики только лишь на основании того, что учёными-физиками не сформулирована единая теория «всего» – поля, материи и других атрибутов физической реальности – то ничего, кроме сочувственных улыбок, они бы в ответ не получили.

Вопрос, следовательно, только лишь в том, разработана ли Базисная НИП, ориентированная на исследование предметной сферы профессиональной психотерапии, и насколько состоятелен стартовый уровень (рабочие гипотезы) данной исследовательской программы.

И так же понятно, что в ходе реализации полного исследовательского цикла на все эти вопросы были получены исчерпывающие позитивные ответы.

*Далее, многими исследователями обращается внимание на сложность прикладной проблемы переноса традиционных – для сферы медицины – подходов доказательной исследовательской практики в область профессиональной психотерапии.*

*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, 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 также 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 развитию профессиональной психотерапии как научно-практического направления, но и серьёзно затруднял обоснование эффектив-

ности традиционно используемых и экспериментальных психотерапевтических методов.

Тем не менее, в проведённых нами исследованиях было показано, 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, и, 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 чего эффект, полученный в экспериментальной группе, с высокой и достаточной – по установленным статико-математическим критериям – степенью вероятности воспроизводится и в общей популяции. То есть базисный принцип доказательной исследовательской практики здесь не нарушается.

Далее, в цитируемом фрагменте 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 том, что единственная цель последних – исключение основного смущающего фактора, обозначаемого как плацебо-эффект.

Эти последние сложности были преодолены за счёт прояснения – в ходе реализации соответствующих исследовательских фрагментов – функциональной роли плацебо-эффекта в обеспечении феномена психотерапевтической пластики. В частности, было показано, что функциональный комплекс, 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 конструктивного прохождения кризисной фазы адаптивно-креативного цикла (в последующем полученные нами результаты по исследованию и интерпретации функциональной роли плацебо-эффекта нашли подтверждение в публикациях Д. Диспенза, 2016).

Таким образом, понятие плацебо-эффекта в случае исследований, проводимых в сфере профес-

---

---

сиональной психотерапии, оказалось возможным интерпретировать как проработанную метатеchnологию формирования стыковочного сценария желаемых терапевтических изменений, «привязываемых» к какой-либо структурированной психотерапевтической технике. Такая универсальная технология обеспечивается, как понятно из всего сказанного, эффективным взаимодействием метатеchnологического и структурно-технологического уровней, дифференцируемых в профессиональной психотерапевтической коммуникации.

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

В нашем варианте последовательные этапы такой достаточно сложной исследовательской процедуры, проводимой в рамках Базисной НИП, включали: 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.

---

---

Соответственно, демонстрируется явная несостоятельность тезиса о «невозможности» научного изучения психотерапии.

*Следующим тезисом, который имеет непосредственное отношение к исследуемому параметру 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 (Р.Д. Тукаев, 2004). 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 самостоятельной науки.

В связи с этим мы хотели бы ещё раз подчеркнуть, что отсутствие до недавнего времени такой универсальной оценочной системы как раз и было прямым следствием слабой проработанности предметной сферы профессиональной психотерапии.

И далее – что именно с обоснованием и проработкой концепта адаптивно-креативного цикла появилась возможность разработки комплексной оценочной методологии, использование которой демонстрирует факт того, что индикативные проявления болезненных состояний есть частный случай общей оценочной шкалы. То есть это дополнительные возможности, которые, конечно же, необходимо использовать для регистрации соответствующей глубины адаптационного кризиса, но которые не являются центральными и критическими для оценочной системы в целом.

Разработанная в соответствующих исследовательских фрагментах методика комплексного психотехнического анализа, с нашей точки зрения, удовлетворяет критериям такой универсальной оценочной системы, в которой могут использоваться психологические, клинические и другие «объективные» индикаторы эффективности профессиональной психотерапии.

В целом, по результатам вышеприведённых фрагментов эпистемологического анализа по каждой позиции исследуемого индикатора, можно с уверенностью говорить о том, что наиболее серьёзные и часто цитируемые аргументы, отрицающие принадлежность профессиональной психотерапии к ареалу науки, оказались несостоятельными.

2.4. Индикатор: удовлетворительная степень проработанности уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, в частности с 1-го по 3-й (уровни фундаментальных допуще-

ний, базовых теорий и концепций, собственно дисциплинарных теорий и концепций)

Наличие проработанной общей схемы и содержания дифференцированных уровней дисциплинарной матрицы, понимаемой как системная иерархическая структура предметной сферы какого-либо научно-практического направления, является важнейшей характеристикой состоятельности данного направления.

В реализованных нами исследовательских фрагментах было обосновано выделение следующих иерархических уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии:

- *уровень фундаментальных допущений*, обосновывающий принадлежность конкретной дисциплины (в нашем случае профессиональной психотерапии) к ареалу науки и далее к какому-либо дифференцированному полюсу научных знаний – естественнонаучному, гуманитарному, ассоциированному;
- *уровень базисных научных дисциплин*, теорий, концепций, представляющий именно те научные дисциплины с их основополагающими теориями и концепциями, с учётом которых формируются исходные установки анализируемого научно-практического направления;
- *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;
- *уровень актуального профессионального поля*, представленный обновляемым набором актуальных знаний – умений – навыков, необходимых для профессионалов, в нашем случае действующих в сфере профессиональной психотерапии;
- *уровень профессиональных стандартов*, представленный системой профессиональных стандартов, которые формируют «видимый» сектор профессиональной психотерапии, непосредственно соприкасающийся с основными контактными группами потребителей профильных услуг;
- *нормативно-организационный уровень*, представленный разработанными концептами и инструментами управления качеством профессиональной психотерапевтической деятельности (включая научную, образовательную и практическую деятельность).

Все вышеприведённые уровни дисциплинарной матрицы являются взаимодополняющими, взаимодействующим и взаимозависимыми информационными конгломератами, демонстрирующими, с одной стороны специфику анализируемого направления науки и практики, а с другой – его общность с ареалом науки в целом.

В частности, было показано, что для профессиональной психотерапии (в отличие от так называемых материнских дисциплин) принципиальное значение имеет адекватная и глубокая проработка первого матричного уровня – фундаментальных допущений – что, собственно, и является главным аргументом в пользу принадлежности психотерапии к авангардному фронту науки в принципе, а не только к фронту наук о психике. То есть даже и на этом наиболее общем и универсальном уровне дисциплинарной матрицы идентифицируются специфические особенности психотерапии как самостоятельного научно-практического направления (более подробно данный вопрос рассматривается в монографии «Интегративная психотерапия: философское и научное методологическое обоснование», А.Л. Катков, 2013).

Углубленная проработка обозначенных уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии в ходе реализации первых этапов Базисной НИП в итоге способствовала выведению концептуального стержня предметной сферы профессиональной психотерапии, который одновременно представлял собой понятную функциональную структуру, доступную исследованию и измерению.

В частности, на 1-3-м уровнях дисциплинарной матрицы концептуальный стержень профессиональной психотерапии представлен следующими блоками: *идентифицированными эволюционными контекстами, демонстрирующими необходимость предельного «сжатия» и повышения эффективности процессов психологической, социальной и биологической адаптации → наиболее востребованным, в связи с актуальными эволюционными контекстами, феноменом профессиональной психотерапии – возможностью достижения стойких конструктивных изменений в ограниченные временные периоды (психопластичность) → 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 (психопластика) за счёт особого взаимодействия дифференцируемых субстатусов объёмной реальности → концептом качественных характеристик психического здоровья, являющихся универсальными мишенями психотерапевтического процесса → универсальной моделью адаптивно-креативного цикла, демонстрирующей алгоритмы конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресурсного потенциала профессиональной психотерапии → концептом психопластики, демонстрирующим специфическую активность дифференцированных инстанций психики в обеспечении*

*возможности сверхбыстрых терапевтических изменений → моделью трёхуровневой психотерапевтической коммуникации, в полной мере раскрывающей как универсальный, так и уникальный потенциал профессиональной психотерапии → системой макро- и мета мишеней, макро- и метатехнологий, 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 метатехнологий, структурированных техник профессиональной психотерапии, а также скорость продвижения субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла.*

При этом важно, что все поименованные концепты, во-первых раскладываются по универсальным уровням дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии (с 1-го по 3-й); во-вторых – по структурированным блокам Базисной НИП с возможностью исследования и пополнения доказательной базы по каждому поименованному концепту; и в третьих – по идентифицированным феноменологическим, концептуально-методологическим, параметрическим, технологическим рядам предметной сферы профессиональной психотерапии.

В целом по анализируемому индикатору следует констатировать, что динамика форсированного развития предметной сферы психотерапии, отмечаемая в самые последние годы, является наиболее убедительным аргументом в пользу действительно революционных преобразований в профессии.

2.5. Индикатор: соответствие критериям принадлежности профессиональной психотерапии к системе кодифицированных научных знаний

В результате проведённого эпистемологического анализа было показано, что существенное продвижение – от факта констатации полного отсутствия или крайне слабой проработанности критериев принадлежности психотерапии к системе кодифицированных научных знаний до факта полного соответствия избранным критериям – в анализируемый период с 2000 по 2017 гг. можно констатировать по нижеследующим позициям:

- *проработанность предметной сферы* (за счёт реализации комплексной исследовательской программы – первых разделов Базисной НИП – предметная сфера профессиональной психотерапии в основном идентифицирована и проработана);
- *принципы верификации и симметрии* (найдено удовлетворительное объяснение фактам получения схожих результатов при использовании различных методов и разных результатов при использовании одного и того же метода в идентичных клиентских группах; идентифицирован основной «сму-

---

---

щающий» универсальный компонент – механизм гиперпластики, обусловленный активностью макротехнологического и метатехнологического уровней психотерапевтической коммуникации; разработана методика оценки «весовых» соотношений универсальных и специфических вкладов в итоговую эффективность психотерапевтического процесса);

- *наличие проработанных принципов фальсификации* (в отношении рабочих гипотез общей теории психотерапии разработана методология установления истинности – фальсификации основных концептов, исследуемых в рамках Базисной НИП);
- *наблюдаемость и измеряемость предметной сферы* (предметная сфера психотерапии разработана именно таким образом, что все её основные ряды переводятся в параметрический ряд с разработанной методикой наблюдения, измерения и интерпретации получаемых таким образом результатов);
- *принцип простоты, ясности* (общая теория психотерапии полностью проясняет главный и наиболее востребованный психотерапевтический эффект, и далее в своих концептуальных построениях отталкивается именно от этой вполне понятной и ясной позиции);
- *принцип системности* (все компоненты общей теории и выводимой отсюда психотерапевтической практики полностью согласованы и скреплены конструкцией дисциплинарной матрицы; разработан системообразующий стержень психотерапевтической теории; идентифицированы и проработаны все возможные векторы интеграции профессиональной психотерапии);
- *соответствие всем вышеназванным критериям* (следует констатировать практически полное соответствие всем выше обозначенным кодифицированным критериям научного знания).

Таким образом, по всем вышеприведённым критериям психотерапия с полным правом может претендовать на статус самостоятельной научной дисциплины.

2.6. Индикатор: наличие проработанных векторов дифференциации – интеграции профессиональной психотерапии (в частности, культурно-исторического и внешнего – с современным корпусом науки и сопредельными направлениями философии, медицины, педагогики, психологии)

Здесь мы обращаем внимание на следующие новации в рассматриваемой теме проработки векторов интеграции профессиональной психотерапии:

1) по материалам и результатам реализации нашего исследовательского цикла речь в данном случае должна вестись о векторах дифференциации

– интеграции психотерапии, в том числе и с «внешним» дисциплинарным окружением и ареалом науки в целом, а не только о векторах или модулях интеграции «внутри» профессии; поскольку именно таким образом решается вопрос существенных идентификационных отличий профессиональной психотерапии от так называемых материнских дисциплин – психологии, психиатрии, педагогики, философии – к которым до настоящего времени апологеты этих базисных дисциплин склонны причислять психотерапию;

2) в связи с этим целесообразно в первую очередь выведение и проработка следующих векторов дифференциации – интеграции профессиональной психотерапии: *культурно-исторического*, проясняющего подлинную эпистемологическую «генетику» профессиональной психотерапии; *внешнего* – с современным корпусом науки и сопредельными направлениями философии, медицины, педагогики, психологии; *внутреннего* – между различными направлениями и модальностями психотерапии; *междисциплинарного* – с другими помогающими и развивающими практиками (образованием, воспитанием, социально-психологическими тренингами и пр.);

3) традиционные модусы интеграции профессиональной психотерапии, вокруг которых ведётся многолетняя и, с нашей точки зрения, малопродуктивная полемика – *ассимиляция, технический эклектизм, поиск общих факторов, трансэпистемологические подходы* – представляют собой в сущности «разнокалиберные» попытки психотехнического синтеза (имея здесь в виду, что и теоретические концепты, представляющие до недавнего времени идеологию профессиональной психотерапии, суть концепты психотехнические, а не какие-либо иные); но и даже и эти попытки психотехнического синтеза реализовывались, в основном, в сравнительно узком секторе структурированных психотерапевтических техник – т. е. без особых шансов на успех; отсюда и закономерный результат – доминирование до последнего времени центробежных тенденций в развитии профессии с поверхностными выводами о наличии в предметной сфере профессиональной психотерапии методологического тупика или даже «психотехнических джунглей».

Между тем, адекватная проработка более адекватных и современных векторов дифференциации – интеграции профессиональной психотерапии, предпринятая на первых этапах реализации Базисной НИП, продемонстрировала совершенно другой потенциал разработанной интегрирующей системы и разворот общей тенденции профессионального развития к интеграции.

В частности, по *культурно-историческому вектору* дифференциации-интеграции профессиональной психотерапии в результате проведённого углубленного эпистемологического анализа была продемонстрирована «корневая» идея, в явной или

---

---

скрытой форме присущая психотерапевтической практике – как бы она не обозначалась в разные исторические периоды – которая заключалась в неразрывной связи категорий психики (души, духа) и времени, и возможности управлять этим сложным конгломератом *время – сознание – память – личность – внесознательные инстанции психики – атрибуты объёмной реальности* в интересах конкретного человека. И далее было показано, что в период драматического эпистемологического разрыва недифференцированной и диссоциированной эпистемологических платформ, аккумулирующих адаптивный опыт человечества в кодифицированных (т. е. нормированных) системах знаний, эта корневая идея была выведена из «легального» оборота научной информации; и возродилась она только лишь с разработкой ассоциированной эпистемологической платформы – концептуального атрибута первого уровня дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии.

Таким образом, было показано, что психотерапия по своим эпистемологическим корням весьма далеко отстоит от так называемых материнских дисциплин, и какие-либо претензии на «материнство» или «отцовство» по отношению к профессиональной психотерапии – с какой бы дисциплинарной позиции они не выдвигались – абсолютно несостоятельны.

И вместе с тем, психотерапии – в её нынешнем статусе – безусловно, есть что предложить сопредельным научно-практическим направлениям и научному ареалу в целом как дисциплине, имеющей свою уникальную историю развития и неоспоримые достижения.

Таким же образом был проработан и *внешний вектор дифференциации-интеграции* – с современным корпусом науки и сопредельными направлениями философии, медицины, педагогики, психологии, в ходе чего была продемонстрирована специфика содержания профессиональной психотерапии на каждом уровне дисциплинарной матрицы, включая – и вот этот момент нужно подчеркнуть особо – и второй уровень базисных научных дисциплин, теорий и концепций. Так, например, концепты *качества психического здоровья, адаптивно-креативного цикла*, строго говоря, относятся именно к этому второму уровню дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии (т. е. выводятся за рамки собственно дисциплинарных теорий и концепций психотерапии – третьего уровня дисциплинарной матрицы). То есть в профильных психотерапевтических исследованиях по программе Базисной НИП были разработаны дееспособные концепты, абсолютно пригодные для использования в смежных научных дисциплинах. В этом смысле первые два уровня дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии являются специфическими «донорами» для базисных дисциплин и авангардного фронта науки. Что, конечно же, ещё раз подчёркивает как

уникальность профессиональной психотерапии, так и её общность с общепризнанными научными направлениями и корпусом науки в целом.

В целом по исследуемому индикатору можно констатировать состоятельность психотерапии по важнейшим характеристикам профессиональной идентичности и весьма значимую метапозицию «идеологического донора», которую профессиональная психотерапия занимает в настоящее время по отношению к смежным научно-практическим направлениям.

2.7. Индикатор: наличие организованного дисциплинарно-коммуникативного сообщества, готового транслировать аргументированные достижения фундаментальной и прикладной психотерапевтической науки в практику

Под дисциплинарно-коммуникативным сообществом понимается самоорганизованная общность профессионалов, действующая в нормативном контексте определённого научно-практического направления и использующая для оформления коммуникативной деятельности – как внутренней, так и внешней – основополагающие дисциплинарные установки, генерируемые в том числе за счёт реализации Базисной научно-исследовательской программы.

Далее понятно, что по анализируемому параметру следует учитывать и сам факт наличия проработанного институционального раздела Базисной НИП, где чётко прописываются приоритетные направления институциональной активности психотерапевтического дисциплинарно-коммуникативного сообщества.

Следует также иметь в виду, что понятие дисциплинарно-коммуникативного сообщества значительно шире, чем формат профессиональной ассоциации, пусть даже и самой крупной, и включает в себя все структуры, имеющие отношения к развитию профессиональной психотерапии:

- профильные научные учреждения и центры;
- образовательные учреждения и центры;
- профессиональные психотерапевтические ассоциации;
- организации, осуществляющие управленческие и координационные функции;
- кластерные структуры, объединяющие научные, образовательные и практические учреждения, центры, кабинеты.

В нашем случае важно констатировать, что практически все поименованные агенты, действующие на территории РФ в сфере профессиональной психотерапии, в той или иной степени вовлечены в деятельность саморегулируемой организации «Национальная Ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики».

Важно отметить и тот факт, что в рамках данной саморегулируемой организации действует такая структура, как «Общественный учёный совет



по психотерапии», который совместно с комитетом по науке и технологиям, комитетом модальностей ОППЛ – самой крупной профессиональной психотерапевтической ассоциации в Российской Федерации – координирует вопросы трансфера инновационных психотерапевтических технологий в практику.

Поименованные структуры, а также сотрудничающие с ними исследовательские учреждения и центры, в последнее десятилетие демонстрируют стабильную и растущую инновационную активность и последовательно аргументируют необходимость трансформации профессиональной психотерапии в соответствии с имеющимися научными достижениями.

Таким образом, по анализируемому индикатору следует констатировать динамику и состоятельность профессиональной психотерапии по главным критериям наличия институционального раздела Базисной НИП и самоорганизованного профессионального сообщества, последовательно реализующего данный раздел программы.

3. По параметру дисциплинарной и психотехнической состоятельности профессиональной психотерапии были получены следующие результаты и характеристики динамики статуса профессиональной психотерапии.

3.1. Индикатор: удовлетворительная степень проработанности уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, в том числе с 4-го по 6-й (уровни актуального профессионального поля, правил и стандартов профессиональной деятельности, принципов эффективного нормативного регулирования)

В данном случае оценивается состоятельность общей структуры дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, включая уровни 4-6, имеющие непосредственное отношение к психотерапевтической практике.

Именно таким образом определяется системная целостность анализируемого научно-практического направления, в частности – важнейший аспект того, насколько адекватно главные теоретические концепты базисных научных установок и общей теории психотерапии представлены в практическом секторе и в какой степени имплементация этих концептов способны повысить эффективность используемых технологий и психотерапевтической помощи в целом.

По результатам проведённых исследований системный стержень нижележащих уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии – с 4-го по 6-й – представлен следующими функциональными концептами, практическими инструментами и организационными структурами: *системой универсальных и актуальных мишеней в психотерапии (выводимой из концепции качественных характеристик психи-*

*ческого здоровья) → функциональным оформлением общей теории психотерапии и концепта психопластики с подробными характеристиками дифференцированных уровней психотерапевтической коммуникации и соответствующих технологических рядов, ориентированных на работу с универсальными и актуальными мишенями → разработанной универсальной (рутинной) технологией оценки эффективности психотерапевтического вмешательства → концептом управления качеством психотерапевтической деятельности → системой профессиональных стандартов и правил профессиональной психотерапевтической деятельности, разработанных в соответствии с доказательной практикой → теорией и практикой эффективного нормативного регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности → дееспособными институтами, обеспечивающими достижение промежуточных и конечных целей, декларируемых в сфере профессиональной психотерапии. Соответственно, первые четыре концепта формируют уровень актуального профессионального поля (4-й уровень дисциплинарной матрицы); система профессиональных стандартов и правил формирует единый 5-й уровень; а заключительный концепт и система профессиональных институтов – 6-й уровень дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии – организационно-нормативного регулирования.*

Приведённый концептуальный и инструментальный перечень является адекватным функциональным продолжением базисных концептов общей теории психотерапии, демонстрирующим системную целостность профессии.

В общем контексте всего сказанного в функциональном смысле профессиональная психотерапия определяется как: *самостоятельная 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 то же время в фундаментальном смысле, по результатам наших исследований, психотерапия является *авангардным фронтом наук о психике, демонстрирующим беспрецедентные возможности разработки системно-информационного уровня объёмной реальности, актуального для ареала науки в целом.*

Представляя дифференцированные уровни дисциплинарной матрицы, эти два определения только лишь дополняют друг друга, демонстрируя с одной стороны целостность, а с другой – открытость профессиональной психотерапии, как к

---

---

полюсу фундаментальной науки, так и к полюсу эффективной социальной практики.

3.2. Индикатор: наличие проработанного внутреннего вектора интеграции профессиональной психотерапии (в частности – между различными направлениями и модальностями психотерапии с условием соответствия вектора психотехнической интеграции критериям Розенцвейга, 1936; Ламберта-Бегина, 1992; Прохазки-Норкросса, 2001, а также с другими помогающими и развивающими практиками)

В ходе реализации комплексного исследовательского проекта нами было показано, что основная сложность в поисках адекватной интеграционной модели профессиональной психотерапии была связана с очевидным дефицитом представлений о существенных механизмах обеспечения основного психотерапевтического эффекта (психопластики) с одной стороны, и отсутствием концептуального видения того, что на самом деле представляет из себя универсальный компонент психотерапевтической коммуникации – с другой стороны.

С адекватной разработкой предметной сферы профессиональной психотерапии, концептов общей теории психотерапии, распределённым по первым четырём уровням дисциплинарной матрицы, данные методологические сложности были преодолены.

В частности, разработка концепта трёхуровневой психотерапевтической коммуникации с выведением макротехнологического и метатехнологического универсального уровней; разработка комплексной методологии определения «всего» вклада каждого из идентифицированных уровней; результаты экспериментальной апробации данных концептов и инструментов с использованием подходов доказательной практики позволяют констатировать соответствие данной концептуальной модели следующим общепризнанным критериям состоятельности общей теории психотерапии:

- критерию Розенцвейга (1936), который заключается в том, что в результате интеграции все направления и методы профессиональной психотерапии «должны выиграть и получить призы»;
- критерию Ламберта-Бегина (1992), суть которого заключается в том, что интеграция должна обеспечивать возможность объединения силы общих факторов с прагматизмом специфических;
- критерию Д. Прохазки и Дж. Норкросса (2001), который заключается в соответствии интеграционной модели следующим положениям: 1) ценностный и порой уникальный вклад основных систем психотерапии должен быть защищён; 2) фундаментальные переменные процесса и компонентов терапии должны быть чётко идентифициро-

ваны; 3) должна быть обеспечена возможность измерения и валидации фундаментальных переменных; 4) рассматриваемая интегративная модель должна объяснять, как люди изменяются без терапии и при терапии, поскольку большинство людей, даже и с клиническим уровнем расстройств, не обращаются за профессиональной помощью; 5) модель должна доказать свою состоятельность при генерализации её с охватом широкого круга человеческих проблем, включая проблемы физического, психического и психологического здоровья; 6) интеграционная модель должна побуждать психотерапевтов становиться новаторами.

То есть, в нашем случае, общая теория психотерапии и все её взаимосвязанные концепты не только превосходно демонстрируют возможность повышения эффективности буквально каждого психотерапевтического метода без «покушения» на его идентичность – что само по себе большое достижение – но также и «справляются» с наиболее сложными задачами, представленными в критерии Прохазки-Норкросса. Так, например, адекватное обоснование по позиции (4) здесь оказалось возможным только лишь с выведением концепта универсального адаптивно-креативного цикла и демонстрации статистически значимых различий в темпах и качестве прохождения данного цикла в стандартных группах клиентов, получавших психотерапевтическую помощь и без таковой. Обоснование по позиции (5) было получено в результате масштабной апробации экспериментальной методологии интегративной психотерапии в отношении клиентских групп с расстройством адаптации, сложными формами химической зависимости и тяжёлыми длительно текущими соматическими заболеваниями.

Далее было показано, что выстраивание мета-модели социальной психотерапии с эффективным взаимодействием собственно психотерапевтического и консультативного, аддиктологического и образовательного кластеров, подразумевает также и трансферт определённых психотерапевтических технологий и метанавыков в систему профессиональной подготовки специалистов, действующих в сопредельных областях. И что привнесённые таким образом элементы психопластики существенно повышают эффективность стандартных технологий воспитания, образования, тренинговых и других помогающих и развивающих практик.

Таким образом, по анализируемому индикатору можно констатировать наличие решающего качественного «прорыва» в проработке важнейшего внутреннего вектора интеграции профессиональной психотерапии.

3.3. Индикатор: наличие целостной проработанной методики психотехнического оформления психотерапевтического процесса (в соответствии

---

---

с установочными позициями 3-5-го уровней дисциплинарной матрицы)

Матричный принцип организации предметного поля профессиональной психотерапии, с нашей точки зрения, наилучшим образом демонстрирует то, каким образом базисные теоретические концепты общей теории психотерапии, располагающиеся на верхних уровнях дисциплинарной матрицы, трансформируются в адекватное психотехническое оформление психотерапевтической коммуникации (3-5-й уровни дисциплинарной матрицы). В частности – в психотехническое оформление трёх идентифицируемых уровней психотерапевтической коммуникации.

Так, например, структурной основой макротехнологического уровня развивающей коммуникации является модель адаптивно-креативно-го цикла.

В то же время в содержательном плане характеристики макротехнологического уровня психотерапевтической коммуникации представлены *лонгитудными* стратегиями, охватывающими весь терапевтический или развивающий цикл; *кросс-секционными* стратегиями, сфокусированными на особенностях построения и прохождения этапов психотерапевтической сессии; *когерентными* стратегиями, рассматривающими варианты «стыковки» психотерапии с другими помогающими и развивающими практиками (консультативными, тренинговыми и пр.).

Общим критерием эффективности оформления макротехнологического уровня развивающей коммуникации, используемым и для оценки эффективности используемой технологии в целом, является устанавливаемая степень соответствия с эволюционными требованиями, предъявляемыми к адаптивно-креативному циклу.

Соответственно, в разработанной нами методики универсальной оценки эффективности психотерапии – с помощью инструмента шкалированного протокола психотехнического анализа или иного используемого инструмента – исследуется вопрос, были ли достигнуты с помощью используемой технологии, – а если да, то в какой степени: 1) выигрыш во времени; 2) возрастание осмысленной самоорганизации в поведении субъекта; 3) рост креативного «выхода» в активности субъекта по отношению к проблемной ситуации.

При этом понятно, что по второй и третьей позициям в приведённом перечне речь идёт о важнейших содержательных характеристиках качества психического здоровья – главной универсальной мишени психотерапевтического процесса.

Метатехнологический уровень развивающей коммуникации выполняет важнейшую миссию обеспечения гиперпластики психических процессов у вовлечённого субъекта. То есть данный коммуникативный уровень выполняет важнейшую функцию «носителя» основополагающего теоретического концепта психопластики.

В содержательном плане метатехнологический уровень развивающей коммуникации, во-первых, включает совокупность используемых метатехнологий – диагностических и конструктивистских; во-вторых, – совокупность универсальных механизмов, обеспечивающих искомый результат используемых технологий.

Обозначенные содержательные компоненты метатехнологического уровня являются единицами психотехнического анализа, определяющими специфические индикаторы эффективности психотерапевтической коммуникации.

При этом, так же как и по предыдущему параметру макротехнологического уровня, возможно определение весового вклада рассматриваемого метатехнологического уровня в обеспечение результирующего технологического эффекта в целом.

Структурно-технологический уровень психотерапевтической коммуникации ориентирован, с одной стороны на эффективное решение актуальной для субъекта проблемной ситуации, а с другой – не всегда афишируемой – на достижение универсальных целей терапевтического или иного развивающего процесса, сформулированных в соответствии с многочисленными концептами психологических и психотерапевтических направлений и школ.

С нашей точки зрения, такой универсальной мишенью для кластера структурированных психотерапевтических техник являются дефицитарные уровни развития психологических свойств, обеспечивающих устойчивость и возможность конструктивной адаптации субъекта в агрессивной среде.

Планируемым «идеальным» результатом здесь, соответственно, является эффективное разрешение проблемной ситуации, заявляемой субъектом, а также достижение приемлемого уровня развития упомянутых свойств – такого, который обеспечивает эффективную самоорганизацию, устойчивое развитие, высокие уровни качества жизни и социального функционирования субъекта, даже и в условиях агрессивной среды.

Все эти результаты – актуальные и универсальные – «раскладываются» по соответствующим шкалам комплексного психотехнического анализа и являются индикаторами эффективности используемых структурированных психотерапевтических технологий.

Что касается содержательной стороны структурно-технологического уровня психотерапевтической коммуникации, то в соответствии с полученными нами результатами можно утверждать, что практически важной характеристикой здесь является достижение функциональной целостности общего технологического проекта, соответствующего специфике терапевтического запроса субъекта и характеру выдвигаемых универсальных мишеней.

В связи с этим принципы и смыслы дифференциации исходного состояния субъекта на адекват-

---

---

ные структурные компоненты – мишени, подлежащие затем терапевтической трансформации, как и сами способы такого рода трансформации, должны быть поняты и приняты субъектом.

И, конечно, данная схема должна быть абсолютно понятной специалисту-психотерапевту и обеспечиваться его профессиональными кондициями.

Таким образом, определяемые мишени структурно-технологического коммуникативного уровня, с оговорёнными условиями и динамикой их терапевтической трансформации – как раз и есть важнейшая зона «стыковки» терапевтических маршрутов, которые с этого времени объединяются и приобретают статус согласованной программы терапевтических изменений со всеми шансами на её успешную реализацию.

И далее, этот общий технологический проект является «точкой сборки» идентифицируемых макротехнологических, метатехнологических, структурно-технологических мишеней, стратегий и технологий, протраиваемых – в идеале – с соблюдением экологически выверенных принципов ориентации на запросы и предпочтения клиента. Это не является препятствием в определении «весовых» критериев эффективности рассматриваемых коммуникативных уровней, но может рассматриваться как интегрированный параметр эффективности психотерапевтической коммуникации в целом.

Таким образом, по анализируемому критерию можно констатировать существенное продвижение в понимании специфики дифференцируемых уровней психотехнического оформления процесса психотерапии, с возможностью определения «весового» вклада каждого из этих уровней в общий результат психотерапевтической сессии или цикла.

3.4. Индикатор: наличие проработанных векторов психотехнической активности профессиональных психотерапевтов – помогающего, саногенного, социально-стабилизирующего, развивающего

Углубленная проработка психотехнического содержания профессиональной психотерапии по современным направлениям социальной активности данного научно-практического направления – помогающему, развивающему, саногенному, социально-стабилизирующему – проводилась в ходе исследования метамоделей социальной психотерапии (то есть такой организационной модели «бытия» профессиональной психотерапии, в которой данная специальность позиционируется как наиболее масштабная и востребованная социальная практика).

Необходимость соответствующего технологического содержания метамоделей социальной психотерапии определяется следующей спецификой приоритетных задач, выставляемых перед системой кластеров, представляющих общий корпус социальной психотерапии:

- эффективное управление рисками (полноценный скрининг, эффективная первичная профилактика) и фактами (первичная помощь, терапия, реабилитация) вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии всех типов;
- устойчивое снижение уровней распространённости среди населения психических и поведенческих расстройств, связанных со сложностями адаптации в агрессивной среде; химической, деструктивной психологической зависимости, проявлений этнорелигиозного экстремизма;
- достижение приемлемых уровней саногенной самоорганизующей активности, показателей качества жизни и социальной стабильности в обществе.

Эффективное продвижение к намеченным целям предусматривало разработку и масштабную реализацию следующих технологий социальной психотерапии, к настоящему времени полностью разработанных и апробированных в корректных экспериментах:

- *блок скрининговых технологий*, выявляющих истинные уровни психологического здоровья – устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, распространённости высоких рисков и признаков вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии всех типов (использование данного технологического блока рекомендуется в программах национального мониторинга по соответствующей проблематике);
  - *блок диагностических технологий*, определяющих уровни индивидуальной устойчивости к агрессивному воздействию среды в различных возрастных группах, наличие высоких рисков или признаков вовлечения в различные типы деструктивных социальных эпидемий (компьютерными версиями данных диагностических технологий должны быть оснащены рабочие места специалистов, действующих в метамоделе социальной психотерапии, в том числе школьных психологов, социальных педагогов, специалистов по социальной работе и пр.);
  - *блок развивающих технологий первично-профилактической направленности* – психообразовательных, тренинговых, консультативных, психотерапевтических – реализуемых в специальном макротехнологическом и метатехнологическом контексте, и используемых в целях форсированного развития приемлемых уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды, повышения самоорганизующей активности ребёнка, подростка, формирования устойчивого ресурсного состояния и комфортных показателей качества жизни у любого заинтересованного субъекта (дан-
- 
-

---

---

ные технологии в первую очередь должны применяться в системе образования и воспитания – то есть в саногенном и образовательном кластерах метамоделей социальной психотерапии);

- блок специализированных (помогающих, развивающих) технологий, используемых на этапах профессионально психолого-психотерапевтической, а также аддиктологической помощи (данные технологии используются в одноименных кластерах метамоделей социальной психотерапии);
- блок специальных образовательных технологий, используемых при подготовке специалистов новой генерации, активно действующих в метамоделе социальной психотерапии – профессиональных психотерапевтов, консультирующих психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, школьных психологов, социальных педагогов, консультантов по аддикциям и др. – и ориентированных на формирование эффективных навыков профессиональной деятельности в модели трёхуровневой развивающей коммуникации.

Таким образом, по анализируемому параметру следует констатировать существенное расширение психотехнологического содержания профессиональной психотерапии, ориентированного на современные векторы развития профессии.

3.5. Индикатор: наличие высокой степени соответствия ассортимента и условий предоставления профессиональной психотерапевтической помощи ожиданиям и потребностям основных групп населения

В ходе реализации комплексного исследовательского проекта, в том числе оценивались основные потребности и предпочтения населения в оказании профессиональной психотерапевтической помощи.

В частности, было показано, что основная часть населения ориентирована на экспрессивный и максимально доступный формат психотерапевтической помощи, оказываемой в продолжение 1-2 терапевтических сессий, в ходе чего заявленная клиентом актуальная проблема должна эффективно решаться.

В организационном аспекте такому запросу в максимальной степени соответствует модель социальной психотерапии, обеспечивающая доступность профессиональной психотерапевтической помощи практически во всех социальных секторах – здравоохранении, образовании, социальной помощи и поддержки, а также в частном секторе психотерапевтической, консультативной и аддиктологической помощи.

В смысле технологического содержания специфики данного запроса соответствует разработанная методология полимодальной экспресс-пси-

хотерапии, прошедшая процедуру доказательной регистрации в Комитете модальностей Профессиональной психотерапевтической лиги Российской Федерации в 2012 году.

В идеологическом смысле такого рода специфике – достижения максимально возможного терапевтического результата за минимальные временные периоды – соответствует теоретический концепт психопластики (3-й уровень дисциплинарной матрицы), «раскладываемый» по трём дифференцируемым уровням психотерапевтической коммуникации (4-й уровень дисциплинарной матрицы).

Далее, по результатам анализа распространённости среди населения основных форм психических и поведенческих расстройств (здесь принимались во внимание данные официальной статистики и результаты репрезентативных эпидемиологических исследований) и с учётом исследования причин обращения за психотерапевтической помощью, было показано, что, в основном, население нуждается в профессиональной психотерапевтической помощи в связи с рисками или фактами вовлечения в деструктивные социальные эпидемии – химической и психологической зависимости, нарушениями адаптации (до 25% населения), а также в связи с тяжёлыми и длительно текущими соматическими заболеваниями (до 5% населения).

С учётом нозологической специфики запроса по каждой из них были разработаны полноценные долговременные циклы стратегической полимодальной психотерапии, прошедших процедуру доказательной регистрации при ОППЛ в 2013-2017 гг.

В качестве идеологического и психотехнического стержня для разработанных технологий полимодальной психотерапии выступала общая теория психотерапии, представленная на всех уровнях дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии.

Результаты проведённых исследований, кроме того, показали высокую степень распространённости среди населения РФ запроса на иррациональные (магические, мистические и пр.) формы помощи, которые при желании можно квалифицировать и как «протопсихотерапию» или более архаические формы психотерапевтической практики.

Вопрос этот при ближайшем рассмотрении не представляется таким уж простым и не проясняется только лишь ссылками на «магическое сознание», якобы преобладающее у существенной части населения (более подробно данная тема анализируется в публикации «Психотехнический анализ магических практик», А.Л. Катков, 2014).

Однако здесь, с нашей точки зрения, ещё более важен ответ профессионального психотерапевтического сообщества, который в нашем случае был представлен разработанной методологией психотерапевтической помощи лицам с запросами на иррациональные формы такой помощи.

---

---

---

---

В технологическом содержании разработанных на основании общей теории психотерапии методов были учтены выявленные привлекательные психотехнические особенности «магического» варианта психотерапии и привнесены конструкции современной экспресс-психотерапии, обеспечивающей экологическую составляющую психотерапевтического процесса. Это, по нашему мнению, будет способствовать развороту потребительского интереса обширной группы иррационально-ориентированных клиентов от парапрофессионального к профессиональному полюсу психотерапевтической практики.

В связи с общими тенденциями на рынке предоставления услуг, ожиданиями и предпочтениями населения в сфере обеспечения их потребительских прав, а также обобщёнными результатами профильных социологических исследований, проведённых среди пользователей психотерапевтических и консультативных услуг, проводимых в онлайн-режиме, Комитетом ОППЛ по законодательным инициативам был подготовлен рабочий вариант документа «Декларация прав граждан в сфере оказания им профессиональной психотерапевтической помощи».

В соответствии с данным документом, граждане и лица без гражданства, проживающие в РФ, имеют следующие права в рассматриваемой сфере:

1) *право на объективную информацию о следующих важных аспектах оказания профессиональной психотерапевтической помощи:*

- о психологическом здоровье и опасностях, которые связаны с низким уровнем психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды;
- о целях, задачах и возможностях профессиональной психотерапии, используемых средствах их реализации;
- о правах граждан в сфере оказания психотерапевтической помощи;
- о специалистах, действующих в сфере профессиональной психотерапии и имеющих официально подтверждённый допуск к профессии, и уровне их квалификации;
- об официально признаваемых в РФ методах профессиональной психотерапии, внесённых в единый национальный реестр;
- об авторских методах и технологиях психотерапевтической помощи, не внесённых в единый национальный реестр признаваемых в РФ методов профессиональной психотерапии;
- об апробируемых в рамках экспериментальных научно-исследовательских или инновационных проектов методах и технологиях психотерапевтической помощи;
- о возможных негативных последствиях использования нелегалитованных методов и технологий психотерапевтической помощи;

- о сети государственных и частных психотерапевтических кабинетов, центров и иных профильных учреждений, действующих в РФ, в том числе в регионе их проживания;
- об уполномоченных государственных органах и главных специалистах, действующих в сфере профессиональной психотерапии;
- о профессиональных психотерапевтических ассоциациях, профильных саморегулируемых организациях, их структуре и функциях;
- о правилах и порядке оказания психотерапевтической помощи;
- информация по всем вышеперечисленным пунктам должна быть в открытом доступе и публиковаться на официальных сайтах государственных и частных психотерапевтических организаций, сайтах профессиональных психотерапевтических ассоциаций и объединений, профильных саморегулируемых организаций, и предоставляться специалистами, оказывающими психотерапевтическую помощь, по требованию клиентов или их законных представителей.

2) *право на следующие общие гражданские права при оказании психотерапевтической помощи:*

- уважительное и гуманное отношение;
- полную и конфиденциальную информацию о состоянии психологического здоровья, диагностируемого в ходе оказания им психотерапевтической помощи;
- полную и конфиденциальную информацию о состоянии психологического здоровья лиц, законными представителями которых они являются, диагностируемого в ходе оказания психотерапевтической помощи этим лицам;
- свободный выбор специалистов, форм, методов и технологий оказания психотерапевтической помощи;
- получение качественной профессиональной психотерапевтической помощи в государственном секторе, в объёмах, устанавливаемых действующими нормативными документами и утверждаемых Правительством РФ;
- получение качественной профессиональной психотерапевтической помощи в частном секторе, в объёмах, предусмотренных утверждёнными профессиональными стандартами по отдельным направлениям и методам профессиональной психотерапии;
- публикацию своего отзыва о профессиональной деятельности специалиста-психотерапевта на сайтах профильных учреждений, профессиональных психотерапевтических ассоциаций и саморегулируемых организаций;

- инициацию этического или дисциплинарного расследования в случае нарушений этического кодекса специалиста-психотерапевта, либо недобросовестного исполнения специалистом своих профессиональных обязанностей;
- сохранение профессиональной тайны в отношении сведений, ставших доступными специалистам, действующим в сфере оказания психотерапевтической помощи;
- полностью анонимный характер оказываемой психотерапевтической помощи;
- отказ от фото-, видео-, аудиозаписей при оказании психотерапевтической помощи;
- пересмотр и снятие медицинского диагноза в случае его установления в ходе оказания психотерапевтической помощи в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;
- получение выписок из документации, оформляемой при оказании психотерапевтической помощи;
- иные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3) *право на соблюдение следующих принципов добровольности при оказании психотерапевтической помощи:*

- психотерапевтическая помощь оказывается на добровольной основе, принцип добровольности сохраняется на любой стадии процесса оказания психотерапевтической помощи;
- инициатива в отношении оказания психотерапевтической помощи детям, несовершеннолетним подросткам и лицам, состояние которых препятствует проявлению такой инициативы, может исходить от их законных представителей, однако продолжение такого терапевтического процесса после первых двух сеансов возможно лишь при согласии поименованных лиц на оказание им рекомендуемого объёма психотерапевтической помощи;
- в случаях оказания первичной психотерапевтической помощи в условиях природных или техногенных катастроф, либо других кризисных ситуациях, инициатива по оказанию профильной помощи может исходить от специалиста, имеющего соответствующий профессиональный допуск. Однако продолжение психотерапевтического процесса после оказания экстренной психотерапевтической помощи возможно лишь при согласии пациента.

4) *на соблюдение следующих принципов возмещения ущерба вследствие проведения психотерапии:*

- граждане, понёсшие ущерб в результате профессиональных ошибок или иных об-

стоятельств, связанных с оказанием психотерапевтической помощи, имеют право на возмещение ущерба в объёме, устанавливаемом законодательством Российской Федерации;

- сам факт, объёмы причинённого ущерба, а также их взаимосвязь с процессом оказания психотерапевтической помощи должны быть доказаны в ходе соответствующего судебного разбирательства, решение которого является единственным законным основанием для возмещения причинённого ущерба;
- защита прав и интересов лиц, не достигших совершеннолетия, в отношении которых возникают вопросы о причинении им ущерба в результате оказания психотерапевтической помощи, осуществляются их родителями или иными законными представителями.

Здесь следует иметь в виду, что настоящий документ может быть принят и как соответствующий раздел Федерального закона «О психотерапевтической помощи в Российской Федерации» (обновлённая версия такого законопроекта подготовлена и проходит необходимые стадии обсуждения в профессиональном сообществе).

Либо данный документ после соответствующего обсуждения может быть принят в качестве основополагающего нормативного акта национального СРО «Союз психотерапевтов и психологов» и являться отправной точкой для модификации этических и профессиональных правил психотерапевтической деятельности.

Таким образом, по данному важнейшему, анализируемому индикатору, который имеет прямое отношение к категории качества психотерапевтической помощи, следует констатировать более чем существенное продвижение именно в последние годы (с 2000-го по 2017-й). И вместе с тем также понятно и то, что для институализации всех перечисленных новаций в масштабную практику профессиональной психотерапевтической помощи предстоит ещё многое сделать.

3.6. Индикатор: наличие разработанной системы психотехнического и комплексного анализа эффективности оказываемой психотерапевтической помощи

Задача системного поиска адекватных способов оценки эффективности психотерапевтического процесса, их экспериментальной апробации в соответствии с требованиями доказательной практики и последующее масштабное внедрение в исследовательскую и рутинную психотерапевтическую практику являлась одной из главных в реализуемом комплексном проекте.

В результате выбор был сделан в пользу модифицированной методологии психотехнического анализа, в наибольшей степени проясняющей возможности идентификации и дифференцированной

оценки наиболее значимых компонентов психотерапевтического процесса, а также исследования как универсальных, так и специфических индикаторов эффективности психотерапевтической практики.

Общие характеристики методологии психотехнического анализа следующие.

Психотехнический анализ психотерапевтического процесса есть весьма эффективный инструмент исследования соответствующего вида помощи, средство осмысления психотерапевтического, консультативного или иного развивающего опыта (Ф.Е. Василюк, 1998).

Компоненты психотехнического анализа, так или иначе, представлены в методологическом основании всех основных инструментов развития современной психотерапии и консультирования – практике построения психотехнических теорий; процедурах клинко-психотерапевтического анализа, интервьюи, супервизии, проведения балнтовских групп.

Наиболее ценным аспектом психотехнического анализа является возможность аргументированного прояснения, 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.

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

Имеющиеся методологические сложности в теоретическом и собственно психотехническом обосновании исследовательской процедуры такого анализа, в нашем случае, преодолевались за счёт использования концептов разработанной общей теории психотерапии.

В частности, при использовании модифицированного варианта психотехнического анализа оказалось возможной адекватная оценка «весового» вклада в общую терапевтическую эффективность каждого из дифференцируемых уровней психотерапевтической коммуникации. Это в итоге и позволило найти удовлетворительное объяснение фактам получения близких – по значениям общих показателей эффективности – результатов при использовании различных психотерапевтических методов.

То есть было убедительно показано, что множество психотерапевтических методов различаются лишь по содержанию структурированных техник, в то время как общий результат реализованной психотерапевтической практики зависит в основном от активности универсальных макро- и метатехнологических уровней (полная версия

методологии комплексного психотехнического анализа, используемая в рутинной и исследовательской практиках даётся в статье «Психотехнический анализ психотерапевтического процесса», А.Л. Катков, 2015, а также в монографии «Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии», А.Л. Катков, 2016).

На основании всего вышесказанного следует констатировать существенное продвижение в решении одной из главных методологических проблем профессиональной психотерапии – поиска адекватных способов оценки и объяснения «казусов» в отслеживаемой психотерапевтической эффективности.

Что, в свою очередь, самым благоприятным образом сказывается на формируемом – в общем ареале науки – отношении к профессиональной психотерапии как к состоятельному научно-практическому направлению.

4. По параметру организационной состоятельности были получены следующие результаты и характеристики динамики статуса профессиональной психотерапии.

4.1. Индикатор: наличие проработанной концепции и действенных инструментов по управлению качеством оказываемой психотерапевтической помощи

В ходе реализации комплексного исследовательского проекта нами была разработана концепция и организационная модель управления качеством психотерапевтической помощи (уровни дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии с 4-го по 6-й).

Краткие характеристики этого важнейшего фрагмента предметной сферы профессиональной психотерапии следующие.

Функциональное определение: *под качеством психотерапевтической помощи подразумевается степень соответствия основных характеристик оказываемой помощи – в первую очередь технологического ассортимента и доказательной эффективности используемых психотерапевтических методов – потребностям основных целевых групп, а также научно обоснованным требованиям в сфере достижения планируемых результатов.*

В данном определении подчёркивается значимость важнейшего оценочного индикатора (3.5) в нашей исследовательской схеме, который демонстрирует чёткую ориентацию современной профессиональной психотерапии на запросы реальной и потенциальной клиентской группы.

Далее нами было разработано следующее рабочее определение системы управления качеством психотерапевтической помощи – *это эффективная форма организационно-управленческой деятельности, позволяющая чётко идентифицировать предмет, параметры и методы оценки качества психотерапевтической помощи, а так-*



---

---

же использовать наиболее адекватные способы постоянного улучшения всех её компонентов.

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

Главным изначальным условием, обеспечивающим дееспособность системы управления качеством психотерапевтической помощи, является разработка и реализация основных фрагментов Базисной научно-исследовательской программы, в частности, технологических фрагментов данной программы, предусматривающих разработку системы профессиональных стандартов и правил в сфере психотерапевтической помощи.

Основные стратегии, обеспечивающие постоянное улучшение качества психотерапевтической помощи, следующие:

- *первой стратегической линией* является достижение максимального соответствия оказываемой психотерапевтической помощи утверждённым профессиональным стандартам; реализация данной стратегии не представляет особых сложностей в случае, если соответствующие стандарты разработаны и утверждены, и существуют механизмы постоянного контроля в сфере оказания профильных услуг;
- *второй обязательной стратегией* является достижение максимального соответствия оказываемой психотерапевтической помощи потребностям основных целевых групп, без чего невозможен полноценный охват нуждающегося населения наиболее востребованными видами профильной помощи; реализация данной стратегической линии предполагает наличие специальной программы мониторинга качества профильных услуг с отслеживанием обратной связи в целевых группах населения;
- *третья стратегическая линия* предусматривает постоянное инновационное внедрение разработанных и апробированных психотерапевтических технологий в систему утверждённых профессиональных стан-

дартов; за счёт реализации данного стратегического направления осуществляется постоянное расширение и повышение потенциальной эффективности системы профессиональных стандартов в рассматриваемой сфере.

Разработанные стратегии управления качеством психотерапевтической помощи базируются на достижениях, разработанных и представленных в предметной сфере профессиональной психотерапии в последние годы, в том числе и тех достижениях, о которых идёт речь в настоящей публикации.

В связи с этим масштабная реализация обозначенных стратегических направлений будет зависеть в основном от эффективного внедрения этих достижений в практику организации психотерапевтической помощи.

Основные инструменты управления качеством психотерапевтической помощи в разработанной нами концепции представлены системой профессиональных *стандартов и правил профессиональной психотерапевтической деятельности*.

Рекомендуемая структура *стандарта психотерапевтической помощи*, предполагаемого к использованию в сфере профессиональной психотерапии, следующая:

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

Данный перечень включает лишь основные компоненты, обеспечивающие возможность контроля качества оказываемой психотерапевтической помощи, и может быть расширен, например, за счёт требований юридического или материально-технического характера.

---

---

---

---

Разработанный свод *правил оформления профессиональной психотерапевтической деятельности* включает:

- 1) правила организации психотерапевтической помощи;
- 2) правила профессиональной подготовки и допуска к профессиональной деятельности специалистов, претендующих на право оказания психологической помощи;
- 3) правила профессиональной деятельности специалистов, оказывающих психологическую помощь;
- 4) правила профессиональной этики специалистов, оказывающих психологическую помощь;
- 5) правила деятельности практических организаций, учреждений и центров, действующих в сфере оказания психологической помощи;
- 6) правила деятельности образовательных организаций и лиц, принимающих участие в профессиональной подготовке специалистов и научно-педагогических кадров, действующих в сфере оказания психологической помощи;
- 7) правила деятельности научных организаций и лиц, принимающих участие в проведении научных исследований в сфере оказания психологической помощи;
- 8) правила деятельности профессиональных ассоциаций и саморегулируемых организаций специалистов, действующих в сфере оказания психологической помощи;
- 9) правила государственного и общественного контроля качества профессиональной деятельности по оказанию психологической помощи;
- 10) правила финансирования деятельности по оказанию психологической помощи.

Конкретное содержание каждого профессионального стандарта или правила профессиональной психотерапевтической деятельности – категория динамичная и пересматривается в зависимости от имеющихся на сегодняшний день достижений и доказательной силы аргументов в пользу такого пересмотра.

В связи со всем сказанным, следует констатировать существенную динамику продвижения по анализируемому индикатору.

4.2. Индикатор: наличие институциональных предпосылок к эффективному организационно-нормативному регулированию профессиональной психотерапевтической деятельности (общественных и государственных институтов с функциями нормативного регулирования профильной профессиональной деятельности)

При анализе динамики изменений по данному индикатору особое внимание следует обратить на тот установленный факт того, что в настоящее вре-

мя регулируется только лишь ограниченный объём психотерапевтической помощи, оказываемый в государственных медицинских учреждениях, в то время как основной объём психотерапевтической помощи, оказываемый за пределами данного сектора, до недавнего времени вообще никак не регулировался, в том числе и в связи с отсутствием разработанных механизмов контроля качества, а также дееспособных общественных институтов, способных выполнять эту важнейшую функцию (В.В. Макаров, 2016).

Однако этот «идеологический вакуум» в сфере эффективного регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности в самые последние годы полностью преодолён (см. содержание анализа по предыдущему индикатору 4.1).

И далее следует иметь в виду, что в настоящее время имеются как минимум две возможности эффективного регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности.

Первая из них прописана в последней версии Федерального закона «О психотерапевтической помощи в Российской Федерации» и предполагает продуманное взаимодействие государственных контролирующих органов, профильных СРО и профессиональных психотерапевтических ассоциаций в деле эффективного нормативного регулирования психотерапевтической деятельности с опорой на основные положения данного основополагающего документа (Проект Федерального закона «О психотерапевтической помощи в Российской Федерации», 2016).

Вторая, более реальная и близкая по срокам, возможность связана с деятельностью созданной в Российской Федерации саморегулируемой организации национального уровня «Союз психотерапевтов и психологов». В частности, в утверждённом Уставе данной организации, разработанном в полном соответствии с Федеральным законом от 2007 г. № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях», предписываются функции по эффективному регулированию профессиональной психотерапевтической деятельности за счёт разработки и контроля за исполнением стандартов и правил профильной деятельности (Устав Национальной саморегулируемой организации «Ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов», 2015).

Таким образом, следует констатировать существенное продвижение по анализируемому индикатору в рассматриваемый период времени.

4.3. Индикатор: наличие возможностей мониторинга эффективности оказываемой психотерапевтической помощи (в том числе возможности рутинной экспресс-оценки эффективности психотерапевтического цикла; масштабного скрининга эффективности используемых психотерапевтических технологий; углубленного комплексного ис-

---

---

следования эффективности инновационных психотерапевтических технологий)

Для так называемой рутинной и более сложной, используемой в исследовательской практике, оценке качества и эффективности психотерапевтической помощи, нами разработаны адекватные инструменты такой оценки (см. содержание анализа по индикатору 3.6), соразмерные особенностям психотерапевтического процесса.

Разработанная методика психотехнического и комплексного анализа проводимой психотерапии, которая как раз и включает оба варианта оценочной деятельности – рутинный и исследовательский, но также предусматривает возможность разработки соответствующей компьютерной программы.

Предварительные результаты апробации компьютерной программы универсальной оценки эффективности психотерапевтического процесса дают надежду на то, что за счёт внедрения данной программы существенно упростится и стандартизируется процедура оценки эффективности психотерапевтического вмешательства.

Что же касается масштабного скрининга эффективности используемых психотерапевтических технологий, то условия для реализации данной программы в настоящее время прорабатываются.

Но уже сейчас понятно, что полноценная реализация скрининговой программы оценки эффективности используемых психотерапевтических методов в региональных или национальных масштабах будет возможна: 1) при широкомасштабном внедрении технологий стандартизированной компьютерной оценки эффективности психотерапевтического процесса; 2) при освоении технологии управления «большими данными» (К. Кукъет, 2015; Н. Марц, Д. Уоррен, 2017) в сфере профессиональной психотерапии.

Таким образом, к настоящему времени можно отметить наличие продвижения в позициях разработки общей оценочной методологии и удовлетворительных стартовых условий для формирования масштабной программы мониторинга эффективности реализуемых технологий профессиональной психотерапии.

4.4. Индикатор: наличие продуманной системы кластерного взаимодействия основных агентов (кабинетов, учреждений, центров и пр.) по оказанию и контролю качества психотерапевтической помощи

В оценке динамики развития событий в плоскости анализируемого индикатора следует иметь в виду три обстоятельства: 1) наличие дееспособной модели социальной психотерапии, в рамках которой предусматривается кластерное взаимодействие основных секторов и субъектов, имеющих отношение к оказанию психотерапевтической помощи; 2) наличие продуманных шагов по реализации данной организационной модели кластерного взаимодействия; 3) наличие консолидирующе-

го агента, в сферу компетенции которого входит ресурсная поддержка такого рода деятельности, а также эффективный контроль качества оказываемой здесь психотерапевтической помощи.

По двум позициям – первой и третьей – здесь можно отметить существенное продвижение: в плане разработки общей модели социальной психотерапии, в частности, кластерного принципа организации и взаимодействия трёх основных секторов социальной сферы (образование, здравоохранение, социальная помощь) и трёх основных сфер профессиональной деятельности, представленных в данных секторах, – психолого-психотерапевтической, саногенной (первично-профилактической), аддиктологической, а также регистрации саморегулируемой организации национального уровня «Союз психотерапевтов и психологов», в компетенцию которой как раз и входит эффективная координация профессиональной психотерапевтической деятельности всех субъектов такой деятельности и контроль за качеством реализуемых психотерапевтических технологий.

Что же касается второй позиции в приведённом перечне, то здесь предпринимаются определённые шаги по формированию проработанного как секторального, так и общего информационного пространства профессиональной психотерапии, продуктивного взаимодействия всех дифференцированных секторов профессиональной психотерапии, в том числе и через научные и образовательные подразделения саморегулируемой организации национального уровня «Союз психотерапевтов и психологов». Однако об эффективности данных шагов судить ещё рано.

В целом по анализируемому индикатору можно говорить о наличии серьёзного продвижения в создании благоприятных стартовых условий и институциональных предпосылок для практической реализации кластерной модели оказания высококачественной психотерапевтической помощи.

5. По интегральному параметру соответствия профессионального ответа главным эпохальным вызовам были получены следующие результаты и характеристики динамики статуса профессиональной психотерапии.

5.1. Индикатор: степень соответствия эволюционным вызовам

Эволюционные вызовы эпохи заключаются, в первую очередь, в тенденциях прогрессирующего «сжатия» во времени периода прохождения субъектом основных этапов и фаз адаптивного цикла, настойчивых требованиях роста креативного «выхода» данного цикла, признании, в связи с этим всё более возрастающей роли осмысленного использования соответствующих развивающих и помогающих технологий.

В этом смысле разработанная нами общая теория психотерапии, проясняющая возможность

---

---

---

---

достижений существенных конструктивных изменений в ограниченные временные периоды, а также практика полимодальной экспресс-психотерапии и организационная метамодель социальной психотерапии, обеспечивающая масштабную возможность реализации данной практики являются наиболее адекватными и последовательными ответами на эволюционные вызовы эпохи.

5.2. Индикатор: степень соответствия социальным вызовам

Социальные вызовы связаны с необходимостью поиска адекватных ответов на беспрецедентный рост агрессивности среды – информационной, социальной, экономической, что, в частности, выражается в небывалых масштабах деструктивных социальных эпидемий расстройств адаптации, химической, психологической зависимости, этнорелигиозного экстремизма, «рукотворной» межнациональной ненависти и других проявлениях социальной агрессии.

Современная профессиональная психотерапия в полной мере готова к такому развитию событий и в смысле выведения адекватных теоретических концептов: так, например, в контексте разработанных нами методологических установок основная содержательная характеристика предметной сферы профессиональной психотерапии, представленная на втором 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.

При этом следует иметь в виду, что идентифицируемые уровни индивидуального и социального психологического здоровья, определяемые в соответствии с базисной методикой, адресуются к индикаторам индивидуальной и социальной эффективности, степени риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, наличия показаний к профессиональному психотерапевтическому вмешательству в определённых секторах разработанной метамодели социальной психотерапии (прямыми задачами данной организационной модели является эффективное управление рисками и фактами вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии).

Современная профессиональная психотерапия готова к социальным вызовам и в смысле идентификации и практической работы с наиболее уязвимыми социальными группами – за счёт использования диагностического арсенала компьютерных методов определения рисков вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, разработанной методологии эффективной психотерапевтической работы с данными объёмными группами (здесь используются адресные методы экспресс-

и стратегической полимодальной психотерапии, ориентированные на соответствующие мишени).

5.3. Индикатор: степень соответствия биологическим вызовам

Биологические вызовы оформляются в тенденции прогрессирующего ухудшения генетического качества каждого следующего поколения в условиях фактической отмены такого регулятора здоровья популяции как естественный отбор. Само рождение человека осуществляется различными путями, в том числе за счёт искусственного зачатия и использования суррогатных матерей, в то время как деформирующее влияние таких способов воспроизводства на психику восходящего поколения становится всё более явным.

Всё чаще клиентами психотерапевтов и консультирующих психологов оказываются дети и подростки со сложной коморбидной патологией, свидетельствующей о системных дефицитах как биологического, так и психического компонентов здоровья, особенно в сфере качественных характеристик психического здоровья.

Современная психотерапия предлагает следующий тезис, показывающий перспективу действенной компенсации утраты саногенных механизмов естественного отбора: «Эффективная самоорганизация вместо естественного отбора». Однако подлинным основанием для оптимизма здесь является доказанный факт, что эффективная самоорганизованная активность субъекта в совокупности с феноменом психопластики обеспечивают возможность компенсаторной нейропластики и последующего влияния на все «нижележащие» уровни организма – эндокринный, иммунный, клеточный, органнй – в заданном направлении. Все это делает возможным создание научно обоснованных методов психотерапии и самопсихотерапии пациентов не только с определённой неврологической патологией и расстройствами психики и поведения, но и с достаточно тяжёлыми соматическими заболеваниями (А.Л. Катков, 2015).

Но и это ещё не всё. Современной наукой обосновывается возможность модификации экспрессии генов путём научения (т. е. не наследуемым способом), которая, собственно, и обеспечивает феномен культурной эволюции с одной стороны, и порой драматические изменения в процессе онтогенеза конкретного субъекта – с другой. На основании этих фундаментальных исследований делаются выводы о возможности психотерапии вызывать специфические изменения экспрессии генов – что влечёт за собой новые структурные изменения в мозге – и, соответственно, оказывать стойкое конструктивное влияние на поведение человека и его адаптационные кондиции (E.R. Kandel, 1999). Истинность этого последнего тезиса подтверждается результатами корректных исследований, проведённых в самые последние годы (P. Kallman, M.J. Alvares-Lopes, M. Cosin-Tomas et al., 2013).

---

---

---

---

То есть полноценное включение системно-информационного уровня объёмной реальности – что, собственно, и составляет стержень предметной сферы профессиональной психотерапии – в масштабные исследовательские проекты уже сегодня приносит свои плоды и демонстрирует весьма серьёзные перспективы использования экспрессивных психотерапевтических технологий в качестве адекватного ответа актуальным биологическим вызовам.

#### 5.4. Индикатор: степень соответствия идеологическим (футурологическим) вызовам

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

В связи с этим агрессивное, непродуманное или попросту неграмотное использование термина «трансгуманизм» вызывает своего рода футурофобию у существенной части гуманитарного сообщества. И не в последнюю очередь это происходит в связи с реальной, по мнению многих аналитиков, перспективой полной или частичной утраты личной свободы, «роботизации» не только тела, но и сознания человека, и, соответственно, конца гуманитарной истории ещё задолго до того, как исчезнут физические условия, необходимые для существования феномена жизни.

Наша позиция здесь заключается в том, что любое новаторство, особенно новаторство в сфере достаточно рискованного вмешательства, выстроенного в духе агрессивного био- или нейроинжиниринга в психическую деятельность человека, должно сочетаться с выверенной долгосрочной прогностикой возможных последствий этих акций.

И что ограниченная идеология технического протезирования утрачиваемых компонентов здоровья, в частности психического здоровья и его качественных компонентов, должна, в любом случае, сочетаться с идеологией форсированного развития нормативных или даже сверхнормативных психических свойств, процессов, состояний, аккумулярованных, соответственно, в нормативные и сверхнормативные уровни самоорганизации у вовлечённого субъекта.

Это последнее интегративное качество человеческой психики с предметно проработанным – в нашем случае – содержанием и есть универсальная мишень современной профессиональной психотерапии. И далее, вопрос заключается лишь в том, в какой степени пластический потенциал психики человека, управляемый им самим, может

обеспечить желаемые и необходимые изменения, транслируемые вплоть до уровня генетической регуляции деятельности организма или управляемой мутации (см. содержание анализа по индикатору 5.3.). Притом, что такой процесс «сверхнормативной» самоорганизации – в соответствии с требованиями эпохи – не должен занимать слишком много времени. И уж совершенно точно речь здесь не идёт об утрате свободы воли вовлечённого субъекта. Наоборот, в каком-то смысле достижение планируемых в нашем случае результатов есть торжество свободно организованной воли человека, преодолевающего таким образом «нормативные» биологические рамки и расширяющего горизонты собственного бытия.

Далее, с учётом всего сказанного нами были разработаны контуры фундаментальной идеологической платформы *психоэтики*, которая в совокупности с обновлённой эпистемологической платформой (см. содержание анализа по первым четырём индикаторам параметра 2) и призвана обеспечить сверхинтенсивный и в то же время безопасный вектор развития наук о психике.

*Психоэтика*, как понятно из всего сказанного, является гораздо более широким и ёмким понятием, чем, например, этика профессиональной деятельности специалистов, реализующих определённый набор психотехнологий. И даже ещё более ёмким понятием, чем *биоэтика*, которая является фундаментом обеспечения безопасности и свободы человека в условиях непрерывных экспериментов по лекарственному синтезу и конвейерной апробации новых лекарственных препаратов (более подробно концепция *психоэтики* рассматривается в публикации «Психоэтика», А.Л. Катков, 2017).

Таким образом, современной профессиональной психотерапии есть что предложить гуманитарному сообществу в плане продуманных и адекватных ответов на непростые футурологические вызовы.

И здесь важно то, что эти предложения выстроены и в духе конструктивных альтернатив доминирующей идеологии агрессивного трансгуманизма, а также и в аспекте выстраивания продуманной системы безопасности на основе платформы *психоэтики*.

То есть степени и уровни защищённости свободы человека в данном случае только лишь возрастают.

#### 5.5. Индикатор: степень соответствия существенным характеристикам 4-й промышленной революции

Существенными характеристиками 4-й промышленной революции, по Клаусу Швабу (2017), являются факты того, что за счёт использования современных информационных технологий оказалось возможным критическое сокращение дистанции и, соответственно, расширение доступа к процессу непрерывной трансформации объектов окружаю-

---

---

шего мира. И главным образом, это технологические объекты – то есть именно то, что производит и потребляет человек.

Таким образом, если учитывать обстоятельство, что современный человек существует в основном в им же и созданном мире технологических объектов, то можно констатировать, что этот мир самым радикальным образом изменился.

И здесь Клаус Шваб выделяет: физический (изготовление новых материалов, передовая робототехника и пр.), собственно цифровой (интернет «всех вещей»), биологический (прорывные биотехнологии, оформляемые, в том числе в духе идей трансгуманизма) и собственно инновационный (исследовательский) блоки таких радикальных изменений.

Далее К. Шваб формирует список «переломных моментов» описываемой им технологической революции, «пришествие» которых ожидается к 2025 году. Среди таких переломных моментов, например, производство первого автомобиля при помощи 3D-печати, или первая пересадка печени, созданная с использованием технологий 3D-печати, и другие впечатляющие технологические новации, вполне доступные для среднестатистического пользователя новейшего времени.

Передовых психотерапевтических технологий – как продуктов этой новой технологической эпохи – в данном списке нет. И, следовательно, наша задача здесь заключается в том, чтобы устранить этот досадный пробел.

Итак, по результатам проведённых нами исследований, можно утверждать, что в информационном пространстве сегодняшнего дня уже присутствует и активно разрабатывается внешняя сторона современных технологических инноваций, полноценно используемых в практике современной психотерапии – это технологии онлайн-психотерапии и консультирования, которые занимают, по нашим данным, от 30% до 70% общего объёма времени, затрачиваемого профессионалами данного профиля на работу с клиентами.

Практически каждый специалист-психотерапевт или консультирующий психолог в той или иной степени пользуется возможностями продвижения предоставляемых им услуг в интернет-пространстве (конвейерная реклама, продвижение личных сайтов и пр.).

И далее, абсолютное большинство специалистов используют компьютерные технологии сбора, обработки и хранения профессиональной информации.

В самые последние годы создаются и более масштабные сетевые проекты, связанные с расширением доступа к технологиям онлайн-психотерапии и консультирования (Е.В. Макарова, 2017), перспективой существенного повышения качества данного вида профессиональной помощи.

Обращает на себя внимание масштабный сетевой проект «Скорая электронная психологическая

помощь», реализуемый Институтом инновационной психологии и консалтинга (Г.Б. Аяпбергенова, 2016), обеспечивающий экспресс-психотерапевтическую помощь любому пользователю сети «на расстоянии вытянутой руки» по самому широкому ассортименту проблемных ситуаций и состояний.

Специально следует отметить такое важное обстоятельство, что эти масштабные сетевые проекты были выполнены на основе технологий профессиональной психотерапии, модифицированных с учётом особенностей сетевой коммуникации.

Кроме того, в рамках исследований, проводимых в сфере профессиональной психотерапии, были идентифицированы специфические деструктивные процессы и мишени (деструктивные социальные эпидемии), беспрецедентные темпы и уровни, распространение которых оказались возможными, в том числе и в результате недооценки негативного вектора влияния современных информационных технологий на человека и среду (на опасность такой ущербной прогностики указывает и К. Шваб).

Разработанная метамоделю социальной психотерапии, реализуемая также и за счёт адекватного использования современных сетевых технологий, показывает готовность профессиональной психотерапии к такому развороту событий.

Однако главным, по нашему мнению, всё же является внутренний вектор соответствия профессиональной психотерапии стержневым идеям и подходам новейшей эпохи.

А это, с позиции Шваба и его последователей, есть принцип непрерывного инновационного штурма, осуществляемого в сфере науки и технологий.

Полагаем, что профессиональная психотерапия – прежде всего как авангардное направление науки – шагнула здесь ещё и существенно дальше горизонтов четвёртой промышленной революции.

Полностью усвоив формат современных информационных технологий, в том числе и в сфере производства научных знаний – формирования «больших данных», трёхмерных моделей актуальных научных фронтов и пр. – психотерапия оказалась способной переосмыслить, возможно, самый «загадочный» и перспективный концепт своей собственной предметной сферы – проблему эффективного управления такой интересной во всех отношениях категории, как время.

Причём речь здесь идёт вовсе не об ограниченном понятии субъективного, так называемого психологического времени, а о полноформатном концепте времени как пластичного феномена, и темпоральном принципе формирования общей категории объёмной реальности, из которой субъект не может быть «устранён» в принципе (более подробно данная проблематика рассматривается в публикации «Интегративная психотерапия: философское и научное методологическое обоснование», А.Л. Катков, 2013).

---

---

---

---

Ключевым и по настоящему «прорывным» моментом здесь явился факт того, что вот этот генетический эпистемологический корень психотерапии (проблематика управляемого времени) – прослеживаемый на протяжении всей истории существования исследуемой практики – в контексте обновлённой, ассоциированной эпистемологической платформы уже нет никакой необходимости вытеснять или «маскировать» под заведомо неадекватные конструкции, а наоборот, можно и нужно исследовать с помощью сверхсложных темпоральных моделей психики и объёмной реальности.

И если вся идеология и практика четвёртой промышленной революции концентрируется на процессах непрерывной трансформации объектов окружающего мира (т. е. так или иначе – на пространственных характеристиках реальности), то авангардный научный фронт профессиональной психотерапии предлагает сосредоточиться на темпоральных характеристиках этой, как выясняется, значительно более интересной и объёмной категории.

И здесь пока что можно только догадываться, какие горизонты открываются в связи с разработкой позиционируемого авангардного научного фронта.

Не исключено также и то, что после завершения соответствующего исследовательского цикла речь уже будет идти о пятой технологической революции, в корне меняющей горизонты бытия современного человека и общества в целом.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что профессиональная психотерапия – прежде всего за счёт интенсивной динамики развития своего авангардного крыла в анализируемый период времени – вполне комфортно «чувствует» себя в пространстве четвёртой промышленной революции и в целом, и соответствует критериям этой новой эпохи.

6. По интегральному параметру соответствия главным тенденциям развития профессиональной психотерапии, выявленным при проведении форсайтных исследований, были получены следующие результаты и характеристики динамики статуса профессиональной психотерапии.

6.1. Индикатор: степень соответствия тезису: «от психотерапии стихийной – к психотерапии профессиональной»

Результаты проведённого комплексного исследования, в частности, содержание и выводы по всем предшествующим фрагментам анализа в избранной системе индикаторов, убеждают в том, что современная психотерапия в том варианте, в котором она существует в Российской Федерации, существенно дистанцировалась как от предельно узкого и в целом неадекватного актуальному социальному запросу на психотерапевтическую помощь медицинского (профессионального) сектора;

данный узкопрофессиональный сектор по-прежнему представлен в общем поле профессиональной психотерапии, но не является приоритетным по значению и объёму предоставляемой помощи.

Но также – и в первую очередь – за счёт активности профессиональных ассоциаций и профильной Национальной СРО – от полюса стихийного ничем не регулируемого конгломерата реализуемых психотехнологий, помогающая и развивающая ценность которых вызывает обоснованные сомнения – к профессиональной деятельности, эффективно регулируемой утверждёнными правилами и стандартами такой деятельности, что по уже приведённым в настоящей публикации аргументам является некой гарантией качества предоставляемых видов профильной помощи.

В разработанной и реализуемой метамоделе профессиональной психотерапии существует чёткое представление в отношении того, какие компетенции и квалификационные требования соответствуют статусу профессионального психотерапевта; статусу специалиста, действующего в смежных областях и реализующего отдельные психотерапевтические технологии в рамках приобретённой им ограниченной компетенции, но не являющегося профессиональным психотерапевтом; статусу клиента, заинтересованного в освоении адекватных для него вариантов самопсихотерапии (самоорганизации); статусу семейного помощника, участвующего, например, в реализации комплексной программы психотерапевтической помощи зависимому лицу.

Основной блок образовательных программ и стандартов подготовки по всему вышеприведённому «периметру» социальной психотерапии в настоящее время проходит необходимую процедуру апробации и готовится к масштабной реализации в рамках отдельного образовательного направления в метамоделе социальной психотерапии «Новая школа Российской психотерапии».

Таким образом, можно констатировать существенное продвижение и ожидаемые благоприятные перспективы в аспекте реализации рассматриваемого важнейшего тезиса.

6.2. Индикатор: степень соответствия тезису: «от психотерапии эксклюзивной – к психотерапии социальной»

Здесь можно сослаться на содержание фрагментов настоящей публикации, посвящённых разработанной и реализуемой метамоделе социальной психотерапии.

В соответствии со сделанными здесь аналитическими выводами можно утверждать, что коренной поворот в профессиональной метапозиции – без какого либо ущерба для качества реализуемых психотерапевтических технологий (а скорее всего, и с ощутимым приростом этого качества) – в рассматриваемый период времени благополучно произошёл.

---

---

---

---

И своего рода гарантией такого благоприятного – в первую очередь для населения – развития событий является наличие разработанной метамоделли социальной психотерапии, а также проработанных институциональных условий по эффективной реализации данной организационной модели.

6.3. Индикатор: степень соответствия тезису: «от неопределённого социального статуса психотерапии – к признанию за психотерапией статуса самостоятельной научно-практической дисциплины, авангардного крыла науки, масштабной и востребованной социальной практики»

Данный индикатор, вне всякого сомнения, является ключевым в обосновании факта революционных преобразований в сфере профессиональной психотерапии – и поэтому в наибольшей степени аргументированным в настоящей публикации и тех материалах, на которые имеются ссылки в тексте.

Так, например, на основании приведённых аргументов можно утверждать, что подлинная интеграция профессиональной психотерапии в единую специальность возможна только лишь на основании установленной кодифицированной принадлежности психотерапии к ареалу научных знаний и возможности определения эффективности используемых психотерапевтических технологий на основании принципов доказательной практики.

И далее, можно с уверенностью утверждать, что планомерная и последовательная реализация Базисной НИП, безусловно, подтверждает статус профессиональной психотерапии как авангардного научного фронта, в то время как эффективная и последовательная реализация метамоделли профессиональной психотерапии утверждает психотерапию в качестве масштабной и востребованной социальной практики.

В то время как эффективная и последовательная реализация метамоделли профессиональной психотерапии утверждает психотерапию в качестве масштабной и востребованной социальной практики.

7. По контрольному параметру, демонстрирующему различие метапозиционных профессиональных установок в сравниваемых «революционных» периодах развития профессиональной психотерапии, были получены следующие результаты и характеристики динамики анализируемых установок.

По данному параметру были проанализировано различие некоторых метапозиционных характеристик содержательной части психотерапевтической коммуникации, присущих 3-ей и 4-ой «революционными эпохами» в аспекте именно тех опорных пунктов, которые были обозначены в известной публикации Б. Бараша (1993).

В частности, в интересующей нас статье описываются следующие психотехнические характеристики и различия по этим пунктам между

третьей и второй «революционными» эпохами становления профессиональной психотерапии (здесь они приводятся с нашими комментариями в отношении фиксируемых различий по 3-й и 4-й «революционным» эпохам становления психотерапии):

- ориентация на ресурсы пациента и его семьи для решения проблемы – вместо ориентации на негативные аспекты его жизни (симптом, конфликт и др.); четвёртая «революционная» эпоха добавляет сюда возможность полноценного раскрытия – в ходе проведения психотерапевтической сессии – уникального психопластического ресурса клиента, что и обеспечивает в итоге возможность достижения существенного и устойчивого результата в ограниченные временные периоды;
- опора на опыт и интуицию пациента и терапевта – вместо опоры на «научную концепцию» и стратегический «сценарий» терапевтического процесса; в современной терапии понятия «интуиции», «научной концепции», «сценария психотерапии» не разделяются и тем более, не противопоставляются, а, наоборот, дополняют друг друга, обеспечивая необходимую синергию в достижении общего терапевтического эффекта;
- партнёрское разделение ответственности с пациентом – вместо принятия психотерапевтом ответственности за эффективность психотерапии; в современной психотерапии такого рода заявления о паритете ответственности между клиентом и терапевтом воспринимаются как слишком общие и не имеющие отношения к эффективности психотерапевтического процесса; в ходе проведения психотерапевтической сессии, безусловно, важным является процесс формирования стыковочного сценария достижения желаемых конструктивных изменений и предпочтения по психотехническому варианту реализации такого сценария, выражаемые клиентом; однако, формирование метатехнологического уровня терапевтической коммуникации, обеспечивающего пластику психических процессов – это компетенция специалиста-психотерапевта;
- «подстройка» к пациенту – вместо «настройки» его на терапию; в проведённых нами экспериментах было убедительно показано, что рекомендуемые во многих руководствах способы такой «подстройки», например, копирование позы и выражения лица клиента терапевтом, обычно, вызывают у последнего недоумение и желание прекратить сессию, в то время как ресурсный статус терапевта, адекватное использование им диагностических и конструктивистских метатехнологий, напротив, способствуют фор-



---

---

сированному развитию пластичного состояния у клиента;

- техническая пластичность – вместо узкой технической и ролевой специализации психотерапевта; здесь можно только лишь подтвердить актуальность данного тезиса и заметить, что в методологии полимодальной экспресс и стратегической психотерапии данный тезис получает своё дальнейшее развитие;
- краткосрочность и юмор – вместо «драматического и глубинного процесса»; в современной психотерапии тезис о необходимости и востребованности краткосрочных форматов помощи развивается в обоснование экспресс-форматов полимодальной психотерапии (а в случае использования интернета – и супер-экспресс-форматов «скорой психотерапевтической помощи»); что – по обстоятельствам – совсем не мешает такого рода помощи быть и «глубокой» и «драматичной»;
- имидж «весёлого чудака» – вместо психотерапевтической роли «эмоционально нейтрального мудреца»; в современной психотерапии уделяется внимание не имиджевым, а ресурсным характеристикам профессионального психотерапевта, что имеет прямое отношение к метатехнологическому оформлению терапевтической коммуникации;
- обслуживание одного пациента или одной семьи несколькими психотерапевтами – в противовес тенденциям последних десятилетий к коллективным и групповым формам; здесь нужно отметить, что такое противопоставление выглядит несколько искусственно, и что для всякой избранной формы проведения психотерапевтического вмешательства должны приводиться аргументы, полученные с использованием доказательной практики; так, например, в проведённых нами исследованиях сравнительно более высокая эффективность такого «сверхконцентрированного» способа проведения психотерапии не подтверждается, и большая часть пациентов не испытывает никакого желания заниматься с несколькими психотерапевтами;
- «эгоцентризм» – вместо «эгоцентризма» методологической или даже организационной изоляции пациента из микро- и макро-социальной среды в процесс терапии; здесь нужно сказать, что по преимуществу, данный тезис ориентирован на невротизированных пациентов, в то время как современная социальная психотерапия имеет дело, в том числе, и с обширным континентом лиц с тяжёлыми формами зависимости, для которых данный тезис (особенно в случае

исходно низкого уровня устойчивости и неблагоприятного социального окружения) неприемлем;

- отсутствие нозологических и психологических противопоказаний, стирание границ между психотерапией и психологическим консультированием; здесь определённый диссонанс присутствует в первой части приведённого тезиса, поскольку доказательная практика и «добросовестная» проработка профессиональных стандартов по определённым методам психотерапии как раз и предполагает наличие обоснованной системы показаний – противопоказаний к использованию этих методов;
- бережное отношение к симптому как адаптивному стереотипу, сочетающееся с целенаправленным внешним «невниманием» («нефиксацией») к симптому – вместо отношения к симптому как «мишени» психотерапевтических манипуляций или «знаку дезадаптации»; здесь можно сказать, что в арсенале современной психотерапии присутствует более разнообразное отношение к предъявляемому симптому, например, возможность «расстановки» или «созревания» симптома, что, конечно, вряд ли сочетается с невниманием или нефиксацией на этих важных характеристиках состояния клиента; и вместе с тем – то, что, по видимому, совпадает с заявленной позицией – здесь нет и быть не может никакой фатальности или однозначно негативной оценки.

Что же касается интегративных характеристик «новой психотерапевтической волны» или «третьей революции» в психотерапии, приведённых в цитируемой статье – *позитивность* (ориентация на позитивный опыт и ресурсы пациента), *прагматизм* (всё, что помогает пациенту, должно быть использовано), *экологизм* (системный подход, способствующий «прочтению» пациента в контексте обстоятельств, в которых он существует и развивается), то практически все эти характеристики получили дополнительный импульс и существенный потенциал развития с формированием общей теории психотерапии.

Относительно «снисходительного» отношения автора к доказательной практике, аргументируемого в духе того, что психотерапевтам «новой волны» не обязательно отвлекаться на доказательства эффективности реализуемых ими технологий, ведь всем всё и так ясно, то к этому невозможно относиться серьёзно.

Таким образом, и по анализируемому контрольному параметру понятно, что в метапозиционных профессиональных установках произошли серьёзные качественные изменения, и что эти изменения обоснованы с позиции доказательной практики.

Общий итог проведённого в системе избранных параметров и индикаторов анализа сводится к

---

---

---

---

тому, что выявленная таким образом степень фиксируемых качественных изменений в предметной сфере профессиональной психотерапии позволяет говорить о четвёртой революции, происходящей во всех, сколько-нибудь значимых аспектах рассматриваемого научно-практического направления, и что профессиональная психотерапия по этим своим характеристикам в полной мере соответствует актуальному социальному запросу и духу времени.

### **Перспективное планирование в сфере развития профессиональной психотерапии**

Как нами уже было отмечено, полный развивающийся цикл восходящего научно-практического направления содержит последовательные этапы: «революционных» качественных скачков: реформирования – с институциональным закреплением обновлённых тенденций; эволюции – с последовательным развитием главных стратегических линий; планирования развития профессии на глубокую перспективу, исходя из результатов проводимых форсайтных исследований и обоснованных футурологических прогнозов.

Таким образом, речь идёт о возможности ускоренного развития психотерапии в соответствии со спецификой этих постреволюционных этапов и выявленными тенденциями, которые и составляют суть революционных изменений в профессии.

Подходящим девизом для такого непростого процесса, каким может оказаться осмысленное и целенаправленное развитие профессиональной психотерапии в постреволюционную эпоху, является известное высказывание Уильяма Гибсона – интеллектуальной иконы последних, цифровых десятилетий – которое многозначительно повествует всем нам о том, что: «Будущее уже наступило. Просто оно неравномерно распределено».

Да. Будущее профессиональной психотерапии уже наступило. Просто оно сосредоточено в компактном полюсе авангардной психотерапевтической науки и практики.

И, следовательно, задачи оперативного планирования здесь сводятся к расширению этого полюса до институциональных пределов, существующих на сегодняшний день в профессии.

В практическом плане это означает первоочередную реализацию оперативных мероприятий, способствующих:

- наращиванию функциональной активности дееспособных управленческих и координирующих профессиональную психотерапевтическую деятельность звеньев (в нашем случае, это крупные профессиональные психотерапевтические ассоциации и Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов», прошедшие процедуру официальной регистрации в Российской Федерации);

- повышению привлекательности действительного членства в данных организациях для профессионалов психотерапевтического и психологического профиля;
- ускоренной разработки недостающих и доработки содержания имеющихся инструментов по эффективному управлению качеством профессиональной психотерапевтической помощи (здесь, в основном, имеются в виду стандарты оказания профессиональной психотерапевтической помощи и некоторые правила профильной психотерапевтической деятельности);
- ускоренной доработке и принятию «Декларации прав граждан в сфере оказания им профессиональной психотерапевтической помощи»;
- ускоренному развитию всех компонентов организационной модели социальной психотерапии;
- консолидации усилий по формированию дееспособного дисциплинарно-коммуникативного сообщества, действующего в сфере психотерапевтической науки и практики, и всемерно способствующего расширению инновационного полюса профессии среди её носителей и, соответственно, пользователей;
- консолидации усилий по привлечению необходимых финансовых и кадровых ресурсов к выполнению всех значимых компонентов Базисной научно-исследовательской программы, разработанной и действующей в сфере профессиональной психотерапии;
- устойчивому росту социального рейтинга профессиональной психотерапии, в том числе и в результате эффективной реализации всех перечисленных мероприятий.

Далее, в аспекте планирования и реализации среднесрочных эволюционных задач необходимо сосредоточится на полноценной разработке и продвижении важнейшей идеологической платформы *психоэтики*, в соответствии с которой и будут выстраиваться долговременные тренды в развитии профессиональной психотерапии и психотехнической сферы в целом.

И, наконец, необходимо регулярно проводить форсайтные исследования в комплексе с углубленным эпистемологическим анализом изменяющейся предметной сферы профессиональной психотерапии, с тем, чтобы и далее в полной мере соответствовать ритму и духу времени.

### **Заключение**

Таким образом, проведённое комплексное исследование проясняет настоящий статус профессиональной психотерапии и неравномерную динамику развития этого восходящего науч-

---

---

но-практического направления по всем, наиболее важным компонентам предметной сферы.

Профессиональная психотерапия, как мы стремились показать в последних разделах нашего анализа, существует одновременно в нескольких эпохах, включая и архаический уровень «бытия» этой древней практики.

И если настоящее психотерапии, в том числе и благодаря данной публикации, прояснено, то будущее профессии вовсе не предопределено.

И состоявшаяся «четвёртая революция» отнюдь не является гарантией того, что продемонстрированный инновационный полюс развития психотерапии окажется доминирующим.

Однако, в соответствии с одним из главных тезисов настоящей публикации, эффективная самоорганизация преодолевает любые сложности, в том числе и сложности становления профессиональной психотерапии как самостоятельного и самостоятельного научно-практического направления.

А значит, наличие уже функционирующих общественных институтов, в задачи которых как раз и входит обеспечение эффективной профессиональной самоорганизации – хороший повод для

оптимизма в отношении будущего профессиональной психотерапии в России.

И, конечно, из всего сказанного здесь ясно, что российская психотерапия в настоящее время вовсе не является «задворками» мировой психотерапевтической науки и практики, а по нынешним своим достижениям, пожалуй, идёт и впереди многих трендов общемировой психотерапевтической науки.

Последнее утверждение – это, разумеется, не повод для обоснования «особого пути» российской психотерапии.

Напротив, необходимо всемерно стремиться к полноценному трансферу научных достижений в универсальное пространство авангардной психотерапевтической науки и практики – и это тоже одна из приоритетных задач действующего самоорганизованного сообщества.

И всё же, всегда приятнее давать, чем просить, с этим уже ничего не поделаешь.

Да и делать ничего не нужно.

Наше будущее в наших собственных, а не чьих-то руках, что же может быть лучше?

#### **Литература**

1. Аяпбергенова Г.Б. Обращение к пользователям сайта Института инновационной психологии и консалтинга. – 2016.
2. Бараиш Б. Третья революция в психотерапии / Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 48-57.
3. Бауманн У., Рейнекерт К. Методика исследования клиничко-психологических вмешательств / В кн. Пере М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия // 3-е издание, пер. с нем. – СПб.: Питер, 2012. – Глава 16. – С. 285-300.
4. Вагнер Э. Психотерапия как наука, отличная от медицины / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 249-281.
5. Ван Дорзен-Смит Э., Смит Д. Является ли психотерапия самостоятельной научной дисциплиной? / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 30-58.
6. Варга А.Я. Психотерапия – не наука и не искусство // Психотерапия. – 2013. – № 1(121). – С. 56-58.
7. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотер. журнал. – 1992. – № 1. – С. 15-32.
8. Василюк Ф.Е. Психотехнический анализ психотерапевтического процесса // Вопросы психологии. – 1998. – № 6. – С. 40-43.
9. Греф Г. Предисловие к российскому изданию «Четвертой промышленной революции» К. Шваба. – Москва, 2017.
10. Гуттерер Р. Критические перспективы психотерапевтических исследований и практики / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 156-182.
11. Датлер В., Фельт У. Психотерапия – самостоятельная дисциплина? / В кн. Психотерапия новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 58-90.
12. Динабург С.Р. Психотерапевтический очерк методологии психотерапии / Вестник пермского университета. – 2015. – Выпуск 1 (3). – С. 21-31.
13. Ждан А.Н. К теоретическим проблемам общей психологии // Вопр. психол. – 2006. – № 6. – С. 137-142.
14. Каку М. Учёба уже не будет базироваться на запоминании / Интервью от 28 августа 2014 г.
15. Новый энциклопедический словарь. – Москва, 2012.
16. Кандел Е.Р. (Kandel E.R.) Новая концептуальная база для психиатрии // Ж. Обзор современной психиатрии. – 1999. – № 3. – С. 15-27.
17. Катков А.Л., Макаров В.В. Актуальные социальные контексты и условия формирования интегративного движения в психотерапии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2009. – Т. XV, Специальный выпуск, посвящённый III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан. – С. 58-90.
18. 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.
19. Катков А.Л. Психотехнический анализ психотерапевтического процесса / Психотерапия. – 2016. – № 2 (155). – С. 9-49.
20. Катков А.Л. Психотехнический анализ магических практик [Электронный ресурс] / Международное Сообщество специалистов в сфере психического здоровья. – 2014.

- 
- 
21. Катков А.Л. *Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии*. – Москва, 2016. – 96 с.
  22. Катков А.Л. *Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование)*. Монография. – Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.
  23. Катков А.Л. *Деструктивные социальные эпидемии*. Монография. – Павлодар: ЭКО, 2013. – 567 с.
  24. Катков А.Л. *Психоэтика / Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование: грани исследуемого*. Материалы Международного конгресса (Санкт-Петербург, 17-18 марта 2017 года). Антология российской психотерапии и психологии. – С. 81-84.
  25. Карвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия*. – СПб.: Питер, 2006. – 752 с.
  26. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия: 4-е издание*. – СПб.: Питер, 2012. – 671 с.
  27. Кольцова В.А. *Актуальные проблемы методологии современной отечественной психологической науки // Психологический журнал*. – 2007. – Т. 28, № 2. – С. 5-18.
  28. Лакатос И. *Методология исследовательских программ // Пер. с англ.* – М.: Издательство АСТ, 2003. – 380 с.
  29. Мазиллов В.А. *Методологические проблемы психологии в начале XXI века // Психологический журнал*. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 23-34.
  30. Макаров В.В. *Психотерапия: наука, искусство, ремесло // Ж. Психотерапия*. – 2013. – № 1. – С. 2-4.
  31. Макаров В.В. *Выступление в дискуссии на VIII Международном Санкт-Петербургском конгрессе «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование – грани исследуемого», 17-18 марта 2017 г., Санкт-Петербург, Российская Федерация*.
  32. Макарова Е.В. *Выступление на общественном учёном совете от 2 февраля 2017 года «Исследование эффективности онлайн-психотерапии»*.
  33. Паттерсон С., Уоткинс Э. *Теории психотерапии // 5 издание*. – СПб.: Питер, 2003. – 543 с.
  34. Погудин И. А. *Психотерапия в эпоху постмодерна / Публикация на сайте*. – Психологи на b 17 ru. – 2010.
  35. Прохазка Дж., Норкросс Дж. *Системы психотерапии // 6-е международное издание*. – М.: «Олма-пресс», 2005. – 383 с.
  36. Пуговкина О.Д., Никитина И.В., Холмогорова А.В., Гаранян Н.Г. *Научные исследования процесса психотерапии и её эффективности: история проблемы // Московский психотерапевтический журнал*. – 2009. – Том 60, № 1. – С. 35-69.
  37. Прутц А., Тойфельхарт Х. *Психотерапия – наука о субъективном // В кн. Психотерапия: Новая наука о человеке*. – М.: Академический проект, 1999. – С. 10-30.
  38. Рейтер Л., Штайнер Э. *Психотерапия и наука. Наблюдение за одной профессией / В кн. Психотерапия новая наука о человеке*. – М.: Академический проект, 1999. – С. 182-234.
  39. Решетников М.М. *Психотерапия как концепция и как профессия / Ж. Психотерапия*. – 2003. – № 8. – С. 11-16.
  40. Рифкин Д. *Третья промышленная революция: как горизонтальные взаимодействия меняют энергетику, экологию, мир в целом*. – Москва, 2014.
  41. Ромек Е.А. *Психотерапия: рождение науки и профессии / В кн. Психотерапия новая наука о человеке*. – М.: Академический проект, 1999. – С. 27-46.
  42. Тукаев Р.Д. *Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Социальная и клиническая психиатрия*. – 2004. – № 1. – С. 87-96.
  43. Шваб К. *Четвёртая промышленная революция*. – Москва, 2017.
  44. Шипек Г. *Психотерапия – это наука? / В кн. Психотерапия новая наука о человеке*. – М.: Академический проект, 1999. – С. 234-249.
  45. Штайнлехнер М. *Психотерапия на пути к науке методической рефлексии субъективных расстройств в рамках социального жизненного мира / В кн. Психотерапия новая наука о человеке*. – М.: Академический проект, 1999. – С. 142-156.
  46. Хусаинова Н.Ю. *Проблема научности психотерапии // Психотерапия*. – 2013. – № 1(121). – С. 65-68.
  47. Цыцарев С.В. *Культура психотерапии в изменяющихся обществах / Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины (Сборник тезисов конференции с международным участием 15-17 февраля 2006 года)*. – С. 67-69.
  48. Юревич А.В. *Системный кризис психологии // Вопросы психологии*. – 1999. – № 2. – С. 3-12.
  49. Юревич А.В. *Перспективы парадигмального синтеза // Вопросы психологии*. – 2008. – № 1. – С. 3-15.
  50. Kallman P., Alvares-Lopes M.J., Cosin-Tomas M. et al. *Rapid changes in histone deacetylases and inflammatory gene expression in expert meditators // J. Psychoneurology*. – 2014. – vol. 40. – P. 96-107.
  51. Lambert M.J., Bergin A.E. *The effectiveness of psychotherapy / In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York. Wiley, 1994. – P. 143-189.
  52. Russee R., Orlinsky D. *Psychotherapy research in historical perspective // Archives of General Psychotherapy*. – 1996. – Vol. 53, № 8. – P. 8.
  53. *Страсбургская декларация Европейской психотерапевтической ассоциации (ЕАП), Страсбург, 21 октября 1990 г.*
  54. *Устав Общероссийского Совета по психотерапии и психологическому консультированию, 2008 г.*
  55. *Устав Саморегулируемой организации «Национальная Ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов», 2015 г.*
  56. *Проект Федерального закона «О психотерапевтической помощи в Российской Федерации», 2016 г.*
  57. *Положение «Об Общественном учёном совете по психотерапии, действующем в рамках Национальной Ассоциации развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов», 2016 г.*
  58. *Федеральный закон от 2007 г. № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях».*
- 
-

---

---

## НАРКОЛОГИЯ

### ГИПНОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ

С.А. Гребнев

практикующий специалист, г. Екатеринбург (Российская Федерация)

Гипнотерапия в наркологической практике используется достаточно часто. В данной статье остановимся на двух похожих, но столь разных по своей реакции на гипнотерапию зависимостях: алкогольной и наркотической, а также попытаемся понять, какие методы лучше всего работают при этих зависимостях и какие факторы влияют на эффективность данного подхода.

Для начала остановимся на основных методах гипнотерапии. Гипнотерапевты обычно противопоставляют классические методы гипнотерапии и эриксоновский подход. К классическому варианту гипнотерапии обычно относят методы Фариа, Бреда – А. Льебо, Фогга – Кречмера и их различные варианты – методики: К.И. Платонова, И. Бергейма, В.Е. Рожнова, П.И. Буля, Л. Шертока и других авторов, а к эриксоновскому подходу относят метод Кречмера – Эриксона, который в последующем разрабатывал Милтон Эриксон. На основании его наблюдений и практических гипнотерапевтических приёмов было создано большое количество техник. Часть из них изучается в рамках метода нейролингвистического программирования (НЛП). Об эффективности разных методов, а также, в каких случаях их использовать – поговорим ниже.

Начнем с факторов, влияющих на успешность нашей работы, независимо от выбранного метода. В первую очередь эффективность зависит от начальной мотивации клиента. Даже очень низкая мотивация, с которой к вам пришел пациент, говорит о его минимальном желании избавиться от зависимости и тех проблем, которые она создаёт. Мотивация на лечение отсутствует только у тех людей, которые не пришли к специалисту и продолжают приём алкоголя либо наркотиков. Они могут говорить близким, что хотят вылечиться, но при этом ничего не делают. При высокой степени мотивации эффективность проводимой работы будет существенно выше, но необходимо учитывать, что мотивация на полный отказ от психоактивных веществ (ПАВ) переменчива. Особенно это типично для пациентов с наркотической зависимостью и воспринимается нами как лживость. Важную роль играет направленность мотивации. Обычно пациенты имеют отрицательную мотивацию: «Не хочу быть зависимым», «Нет желания уходить в запой», «Не хочу больше пить», – и так далее. Формируется она – мотивация – страхом перед смертью, болезнями, законом, разводом и другими значимыми для человека событиями. Подавляющее большин-

ство психотерапевтов только усиливают подобную мотивацию. Примером служат такие методы, как УРТ, кодирование, метод «торпедо», эмоционально-стрессовая терапия и т. п. Негативная мотивация является мощным толчком к отказу от наркотических веществ и алкоголя, но, как правило, такой мотивации хватает всего на несколько месяцев. Стабильный результат достигается только при позитивной мотивации. Её создаем либо мы, либо сам пациент в процессе отказа от алкоголя или наркотиков. Лучше, если такую мотивацию формировать будем мы своими суггестиями.

Во вторую очередь эффективность зависит от верования пациента в используемый метод, в данном случае гипноз, или в специалиста, который использует его. К сожалению, фактор «верование» не имеет измеримых критериев, а потому непредсказуем, но играет важную роль. От неё зависит скорость выздоровления, стабильность результатов, как будет пациент воспринимать свою зависимость и своё новое состояние. Воспринимать как бесконечно длительный отказ от алкоголя или наркотика и при этом считать дни своей ремиссии, опасаясь возврата к проблеме, либо будет воспринимать себя как человек, никогда не принимавший наркотик или алкоголь в силу своих убеждений.

На третье место можно поставить степень внушаемости пациента. От неё зависит скорость нашей работы и количество сеансов гипноза. Скорость погружения зависит не только от внушаемости, но и от выбранного метода, количества проведённых сеансов и мастерства специалиста. У особенно внушаемых лиц эффективным будет любой способ погружения. У менее внушаемых людей эффективнее оказался эриксоновский подход с низкой степенью директивности, большим количеством неопределённых высказываний, запутыванием мыслей клиента и едва уловимыми сознанием суггестиями. Тем людям, которые, казалось бы, совсем не внушаемы, лучше всего подойдёт рассказанная им история, притча, отражающая их проблему, а затем переходящая в гипнотическое погружение.

На четвёртом месте – восприятие и реализация проводимых суггестий. Далеко не всегда высокая степень внушаемости пациента и внушённые ему установки по отношению к алкоголю или наркоту дают стабильные результаты. Начнём с того, что проведение гипноза необходимо разделить на три этапа: погружение в гипнотическое состояние, проведение лечебных суггестий и выведение из

---

---

этого состояния. Гипнотерапевты, особенно начинающие, считают, что если они смогли погрузить пациента в гипнотическое состояние, то любые даваемые ему установки будут выполнены. Так это или нет проверить на практике бывает сложно, так как любая суггестия вызывает эмоциональную реакцию, которую пациенты, да и специалисты воспринимают как позитивный результат. Но нас всегда интересует стабильность результатов, которая зависит от многих факторов, в том числе от содержания лечебных суггестий. Попытка систематизировать самые разнообразные суггестии по содержанию привела к выделению следующих групп: условно – мистические; прямые внушения разной степени директивности и эриксоновский вариант, когда «вжётся сетка из слов», а нужные внушения выделяются либо тонально, либо паузами.

В условно-мистическом варианте используются трудно сочетаемые с патологией внушения. Например, не один раз я слушал внушения о каких-то крысах, тараканах, несвязно связанных с алкогольной зависимостью. Иногда были внушения, направленные на привлечение «высших сил», способных автоматически избавить от зависимости. Сам не один раз проводил условную работу с условными «частями личности», направленную на отказ от алкоголя. И удивительным образом всё это работает, но опять-таки, не при наркотической зависимости.

Другой вариант – это прямые, разной степени директивности, внушения. Чаще всего приходилось слышать суггестии, обращённые к инстинкту самосохранения: страх перед употреблением алкоголя; появление серьёзных проблем; отвращение к алкоголю. Формирование чувства страха эффективно только на начальном этапе выздоровления, но человек устроен так, что долго бояться он не способен. А потому, через некоторое время, чаще всего через 3-6 месяцев, страх преодолевается и начинается приём психоактивных веществ. Мне редко приходилось слышать внушения, направленные на безразличное либо спокойное отношение к алкоголю или наркотикам, на формирование достойной жизни без наркотических средств.

Вариант эриксоновского подхода считается не директивным и теоретически более эффективным. Но это теория. На практике результаты оказались более скромными. Убедиться в результатах помогло наше исследование, направленное на забывание только что выученного материала. Исследовались молодые люди. Их мотивировали на запоминание информации и повторение материала после проведения электроэнцефалограммы (ЭЭГ). Молодые люди не подозревали, что с ними будет работать гипнотизёр, будут проводить суггестии на забывание. Более того, они не видели гипнотерапевта до сеанса, а во время сеанса общались с ним только через аудиосвязь. Визуальная связь была односторонней. Гипнотерапевт имел возможность наблюдать стадии гипноза и степень погружения,

оценивать её и фиксировать с помощью электроэнцефалограммы. Исследование показало, что эриксоновский вариант внушений лучше и быстрее работает на погружение в состояние транса или глубокого гипноза. Забывание материала лучше всего происходит, когда даются прямые указания, то есть используется директивно – логический вариант внушений. При этом полное забывание выученной информации произошло только в 7% случаев. В 54% случаев внушения на забывание полностью игнорировались, а иногда способствовали лучшему запоминанию информации.

При проведении гипнотерапии важным моментом является устойчивость проведённых внушений. Одно дело – мы погрузили человека в гипноз, другое – провели внушения и получили результат, третье – это устойчивость (надёжность) проведённой работы. В литературе этот момент практически не освещается. Сложность определения продолжительности действия проведённых внушений заключается во множестве факторов, которые описаны выше. Те же исследования, но с забыванием более сложной информации подтвердило, что информацию лучше забывали, когда использовались прямые указания на это. После сеанса информацию полностью забыли 22% лиц, проходивших испытание, и 34% данных лиц забыли более половины полученной информации, а через неделю полностью забыли информацию 50% всех испытуемых. Это в эксперименте с новой информацией, но любая зависимость длится достаточно долго, и чтобы забыть о ней сразу одного сеанса явно не хватает. Встаёт закономерный вопрос: «Каким образом можно ускорить процесс забывания и повысить устойчивость проводимых внушений?». Одним из вариантов является известный способ – многократное повторение проводимых внушений, что отражено в народной мудрости: «Повторение – мать учения». Но, к сожалению, пока ни кто не знает точного количества необходимых сеансов гипноза для того, чтобы достоверно сказать о том, что работа проведена полностью. С другой стороны – специалисты всегда стремились минимизировать количество проводимых сеансов. Одним из таких примеров может служить метод «аффективной контратрибуции», разработанный и описанный авторами А.Я. Гриненко и Е.М. Крупицким (1989 г.). В методе использовалась медикаментозная терапия этимизолом, бемегридом, а состояние медикаментозной гипнотизации достигалась с помощью кетамина. Другим способом, сокращающим количество сеансов, можно считать использование метода Фогга-Кречмера: фракционный гипноз. За счёт многократного погружения на одном сеансе мы быстрее достигаем более глубокого гипнотического состояния и многократного закрепления проводимых суггестий, существенно уменьшая роль механизмов психологической защиты (вытеснение, рационализация и др.) при несовпадении убеждений. Существенно сократить количество

---

---

---

---

сеансов и повысить устойчивость результатов позволил другой авторский метод «Суггестия в состоянии концентрации внимания по Гребневу». За счёт специального алгоритма задаваемых чётких и ясных вопросов, умению работать со сложными возражениями и убеждениями клиентов, способности подвести пациента к новому восприятию реальности в короткие сроки и сделать это восприятие его собственным открытием, формируется кратковременное состояние, напоминающее гипнотическое. Именно в этом состоянии, которое при необходимости можно усилить, проводятся сверхкороткие внушения, позволяющие закрепить новое убеждение или новую систему взглядов, к которым пришёл человек. Многолетняя практика показала высокую эффективность и стабильность проводимых внушений при любой форме зависимости, включая наркотическую.

В заключение хочется отметить, что чаще всего гипнотерапию, классические методы и эриксоновский подход, используют как способ привнесения новых убеждений, негативного отношения к наркотическим веществам и забывания о них. Реально, прямые указания на забывание и отказ

от наркотических веществ, при наркотической зависимости часто провоцируют на новый приём наркотика, а при алкогольной зависимости дают кратковременный позитивный результат. Чаще всего, классические варианты гипнотерапии наряду с аутогенными тренировками и ресурсными трансами позволяют существенно повысить настроение, поднять тонус, восстановить нарушенный сон и сориентировать пациента на изменение своей жизни. Но гипнотерапия ни классическая, ни эриксоновская не даёт возможности полностью забыть эмоциональную составляющую влечения к наркотическим веществам, и тем более не меняет приобретённые привычки, связанные с приёмом этих веществ. Немного обособленно стоит метод «Суггестия в состоянии концентрации внимания». При правильном проведении он не провоцирует на повторный приём наркотика, а за счёт частых и очень коротких суггестий, совпадающих с новыми убеждениями пациента, очень хорошо «внедряется» в сознание и стабилизирует результаты. При этом пациент даже не догадывается, что находился в очень коротком гипнотическом состоянии, а воспринимает его как «задумался».

УДК 615.851

## КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ. КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ.

С.А. Гребнев

практикующий специалист, г. Екатеринбург (Российская Федерация)

**Когнитивная психотерапия** является ведущим методом в работе с зависимостями: алкогольной, наркотической [4, 5, 6, 7], игровой и некоторыми другими. Основной акцент в данном подходе делается на работу с системой иррациональных (ложных) убеждений клиента, его взглядами на наркотическое вещество и сформированными эмоциональными реакциями. Поскольку мышление человека не совершенно, то формирующиеся ложные убеждения у молодых людей часто приводят к первичному приёму наркотика, а затем и к зависимости. Вместе с зависимостью приходят проблемы, которые решаются либо очень долго, либо не решаются вовсе.

Наркотическая зависимость является наилучшим примером существования когнитивного диссонанса у человека ещё задолго до первичного приёма наркотического вещества. Практически каждый человек, ставший зависимым от наркотиков, ещё до приёма первой дозы знал о возможных проблемах. Несмотря на это, принял решение попробовать тот или иной наркотик, исходя из собственных представлений, удовлетворяя своё лю-

бопытство или интерес. Более того, некоторые из пациентов изначально являлись яркими противниками употребления наркотического вещества, борцами за жизнь без наркотиков, но, несмотря на эти убеждения, попали в прямую зависимость от них.

Что произошло с ними? И почему некоторые люди, относящиеся к той же группе риска: друзья, знакомые, одноклассники, братья или сестры пациента, что и зависимый человек, не рискнули попробовать наркотик? Одним из объяснений становления зависимости в литературе можно встретить объяснения о генетической предрасположенности к зависимости [7]; директивности воспитания [7]; или психотравмирующем детстве таких людей [6]. Несмотря на то, что все эти компоненты можно встретить или найти у зависимого человека, наши клинические наблюдения и практика работы с этой категорией людей всё больше убеждает нас, что именно сформировавшаяся система убеждений к моменту первого приёма наркотика, позволила ему сделать шаг навстречу своим проблемам. Это утверждение согласуется с собственными наблюдениями за более чем 5000 пациентов с алкоголь-

---

---

ной зависимостью и более 1000 пациентов с наркотической зависимостью. Ключевым моментом, запускающим процесс первичного употребления наркотического вещества, являются особенности его восприятия. Под восприятием понимается система убеждений по отношению к наркотику: удовлетворение любопытства; получение необычных ощущений, связанных с приёмом наркотика; ложная уверенность в способности избежать негативных последствий для себя.

Наши исследования стратегии принятия решения отказаться от наркотического вещества и сравнения с людьми, начавшими приём наркотиков, показали пути и способы изменения убеждений зависимого человека.

Первой и главной задачей когнитивной психотерапии является изменение иррациональных (ложных) убеждений, связанных с приёмом наркотика. Чтобы решить эту задачу необходимо проделать следующую работу: выявить ложные убеждения, позволившие принять впервые наркотик; убеждения, сформировавшиеся в процессе приёма наркотика и удерживающие в проблеме; изменить их и сделать новые убеждения стабильными. При этом нужно учитывать, что каждое ключевое убеждение, как правило, имеет ряд второстепенных убеждений, поддерживающих главное. Практика показала, что меняя второстепенные убеждения, мы быстрее и с наименьшим сопротивлением устраняем желание принимать наркотическое вещество. Поскольку желание – это когнитивная составляющая часто неосознаваемых ощущений и сопровождающих их чувств, то через изменение восприятия наркотика мы влияем на многие эмоциональные реакции, делая результат более стабильным.

В работе с убеждениями клиента необходимо учитывать не только патологические нарушения когнитивной составляющей пациента, но и подготовку специалиста к работе с убеждениями и возражениями пациента.

Второй задачей в когнитивной психотерапии является умение специалиста работать с возражениями и ригидными убеждениями клиента. В практике рациональной психотерапии, которую использует подавляющее большинство наркологов, чаще всего используются два-три приёма (собственные наблюдения). В психотерапевтической практике отрабатываются дополнительные навыки работы с убеждениями. Например, смена убеждения с помощью изменения смысла или контекста сказанного (семинары по позитивной психотерапии по Н. Пезешкиану и нейролингвистического программирования) [3]; убеждения с помощью замены критерия оценки [1]; изменение убеждения через уточнения или сомнения [1]; использование провокативных вопросов; аналоговое сравнение [1, 2]. Более сложными приёмами являются: смещение смысла убеждения во времени, пространстве, за счёт большого числа людей;

убеждение с использованием верований или других убеждений клиента; убеждение от обратного; изменение убеждения через менее значимые (второстепенные) убеждения (авторские наблюдения и практика). Поскольку пациенты практически не «цепляются» за второстепенные убеждения, изменив несколько таких убеждений, автоматически меняется основное, а через год – другой бывшие пациенты обычно говорят так: «Мы просто разговаривали, и я всё понял». Во всём этом процессе немалую роль играют умения специалиста: слышать партнёра по общению; отслеживать и использовать его невербальные реакции; ключевые слова.

Вкратце необходимо упомянуть и о критериях, по которым можно понять, насколько правильно вы провели изменения убеждений. Критериев немного, поэтому они особенно значимы.

*Первым критерием* станет утверждение вашего партнёра о согласии с вашей точкой зрения. Особенно, когда это сопровождается эффектом «Ага» и подтверждающими невербальными реакциями.

*Второй критерий.* Изменение невербальных реакций. Это может быть улыбка, лёгкое побледнение или покраснение кожных покровов, кратковременное замирание и многие другие признаки. Невербальные реакции являются более значимым критерием, чем осознанное согласие партнёра с вашей точкой зрения. В некоторых случаях трудно добиться прямого согласия, но если вы отслежили значимые невербальные реакции – это может означать, что изменение убеждения произошло и осознаётся или признаётся несколько позднее. Тренируя свою наблюдательность, можно научиться отслеживать едва заметные изменения и по ним судить об изменении убеждения. Нужно помнить, что некоторые новые убеждения не всегда являются устойчивыми и поначалу бывают хрупкими, поэтому их нужно возвращать и укреплять.

*Третьим критерием* станут изменившиеся чувства и ощущения, о которых вы будете судить по невербальным критериям или спросите об этом у партнёра.

Последний *четвёртый критерий* определяется несколько позднее и проявляется в изменении реагирования или действия, которое согласуется с новым убеждением. Изменив убеждения своего пациента необходимо добиться их устойчивости.

Третье, чем должна заниматься когнитивная психотерапия – это стабилизация новых убеждений. Мышление так устроено, что приняв поначалу новое видение ситуации, человек начинает процесс его обработки. В результате уже известных психологических феноменов: рационализации, замещения, отторжения полученной информации, новое убеждение может «не прижиться», произойдёт его вытеснение и возвращение к прежним суждениям. Чтобы избежать этого, необходимо воспользоваться следующими способами стабилизации новых убеждений:

---

---



- а) создаём условия, при которых пациент самостоятельно приходит к новому для себя восприятию действительности, к новым убеждениям.
- б) новые убеждения, к которым пришёл ваш пациент, необходимо закрепить многочисленными суггестиями, проводимыми в состоянии концентрации внимания.
- в) суггестии должны быть очень короткими и ёмкими.

К инсайду подводят многие технологии, но быстрее всего с этим справляется метод «Кристаллизации мышления», имеющий определённый алгоритм задаваемых вопросов: открытые, уточняющие, направляющие, ключевой. А второй авторский метод «Суггестия в состоянии концентрации внимания» позволяет не только провести серию необходимых внушений, но и создать наиболее благоприятные условия, при котором эти внушения сохраняются на долгие годы, станут естественными для пациента.

Четвёртой важной составляющей когнитивного подхода является определённая последовательность работы, пошаговое прорабатывание определённых тем, актуальных для пациента и значимых, с точки зрения специалиста. Нами были разработаны темы, вскрывающие не только ложные убеждения, но и их составляющие. Их описание и последовательность зафиксированы в патенте № 2360662 от 10.07.2009 г.

Пятым пунктом, повышающим эффективность когнитивного метода, является учёт стиля мышления вашего клиента, умение определять его ограничения и выходить за «рамки» его видения ситуации. Чтобы проделать такую работу, специалисту необходимо владеть и пользоваться минимум 4-5 стилями мышления. Например: аналитическим; дедуктивным; мышлением, основанным на синтезе; активным мышлением, позволяющим посмотреть на ситуацию с разных точек зрения; конвергентным мышлением, способствующим устранению неопределённости и объединяющим детали в единую систему, что позволяет сложные схемы или варианты сделать доступными, а принимаемые решения чёткими и ясными.

Шестое – важной составляющей является работа с привычками, которые способствуют приёму наркотического вещества. Привычка – это навык, основанный на определённых убеждениях и доведённый до автоматизма. Практика показывает, что работая с убеждениями, мы значительно быстрее влияем на навыки личности, изменяем старые и формируем новые, чем через непосредственную тренировку необходимых навыков. Меняя убеждения, мы быстрее меняем его поведенческие реакции и нежелательное окружение. Именно работа над привычками и формирование новых шаблонов поведения, даёт наиболее стабильные результаты. И вся когнитивная психотерапия, как впрочем, и любая другая направлена на изменение поведен-

ческих реакций, на формирование новых навыков и привычек. Какие навыки необходимо развить в первую очередь? Во-первых, это умение управлять своими желаниями и эмоциями. Во-вторых, умение сказать «нет» наркотическому веществу или предлагающим его людям. В-третьих, ставить и достигать поставленные цели. В-четвёртых, уметь выполнять свои обещания. В-пятых, уметь предвидеть последствия своих действий. Есть и индивидуальные навыки, которые выявляются в работе с пациентом.

Учитывая статистические данные нашей работы с наркозависимыми людьми, представляем промежуточные выводы:

- 1) повышение эффективности и качества проводимой работы;
- 2) сокращение сроков проводимой терапии до 2-3 месяцев, вместо 6-12 месяцев;
- 3) повышение стойкости и стабильности результатов. Эффективность составила 60-65% взрослых пациентов, отказавшихся от употребления наркотиков более года;
- 4) возможность проведения терапии в условиях, исключающих изоляцию пациентов.

Среди клиентов были разные возрастные группы, начиная с 18-19 лет, а также в возрасте 45-65 лет, но преимущественно это были молодые люди (мужчины – 75% и женщины – 25%), в возрасте от 19 до 32 лет, со стажем употребления от 3-х до 16 лет, различных наркотических веществ. Как правило, эти люди прошли лечение не по одному разу различными методами, и на момент прихода к нам в очередной раз были мотивированы на отказ от наркотика. Дополнительная работа с их личной мотивацией, плюс особенности работы авторским методом, который формировался (5 лет), оттачивался и шлифовался (7 лет) позволили достичь описанных выше результатов.

#### Библиография

1. Гребнев С.А. Психология и психотерапия алкогольной зависимости. – Екб., 1998.
2. Гребнев С.А. Наркотическая зависимость. Психотерапия или ... структурирование мышления? – Екб., 2013.
3. Эриксоновский гипноз (искусство изменений). Моделирование бессознательного. – М., 1995.
4. Актуальные проблемы возрастной наркологии // Материалы Всесоюзной междисциплинарной научно-практической конференции под редакцией Е.Н. Кривулина, Н.А. Бохана. – Чел., 2012.
5. Лечение зависимостей: полный справочник. М.П. Быков и др. – М.: Эксмо, 2008. – 635 с.
6. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. – М.: Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.
7. Наркология: национальное руководство // Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с. – (Серия «Национальные руководства»).

## ПОСЛЕДНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

И.И. Шереметьева

заведующая кафедрой психиатрии Алтайского государственного медицинского университета, профессор, доктор медицинских наук, г. Барнаул, Россия

А.В. Плотников

ассистент кафедры психиатрии Алтайского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, г. Барнаул, Россия

Стационарная специализированная медицинская помощь психически больным, страдающим туберкулёзом лёгких, в Алтайском крае оказывается на базе фтизиатрического подразделения Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича». В подразделении получают лечение больные, страдающие двумя социально значимыми и социально опасными заболеваниями, по направлениям районных психиатров и фтизиатров, психиатрических больниц и противотуберкулёзных диспансеров со всей территории Алтайского края. Подразделение располагает тремя психотуберкулёзными отделениями, рассчитанными, в общей сложности, на 130 коек, в том числе наркологическим мужским туберкулёзным отделением на 20 коек, клинко-диагностической лабораторией, рентген-кабинетом, физиотерапевтическим кабинетом, кабинетом функциональной диагностики. В 2014-2015 годах произошло сокращение коечного фонда в общей сложности на 95 коек, 20 коек было перепрофилировано в наркологические.

Амбулаторная медицинская помощь данному контингенту больных оказывается путём тесного взаимодействия участковых психиатров и фтизиатров. В частности, согласно САНПИН, все больные, состоящие на диспансерном учёте у психиатра, два раза в год направляются на флюорографическое обследование.

Неблагополучная социальная ситуация, в которой находится большая часть больных, очевидно, создаёт определённые трудности не только для выявления патологии, но и для реабилитации после курса лечения в стационаре, высока частота повторных госпитализаций. Часто пациенты, выписанные после успешно завершённой интенсивной фазы противотуберкулёзной терапии, не принимают противотуберкулёзные препараты и вскоре поступают с ухудшением состояния. Поэтому для данного контингента больных социальная поддержка является столь же, если не более, важной, чем медицинские мероприятия.

Кроме того, в Алтайском крае существует проблема недостаточного выявления туберкулёза лёгких среди психически больных, что обуславливает высокий процент «запущенного» туберкулёза у пациентов, поступающих во фтизиатрическое подразделение Алтайской краевой клинической психиатрической больницы имени Ю.К. Эрдмана. Как показывает опыт работы в условиях фтизиатрического подразделения, а также анализ литературы, течение туберкулёза лёгких больше зависит не от психиатрического диагноза, а от уровня дезадаптации. У глубоко дезадаптированных больных отмечается высокая эффективность лечения, что связано с непрерывной противотуберкулёзной терапией в условиях стационара. Адаптивные возможности пациентов увеличивают риск прогрессирования туберкулёза лёгких за счёт неэффективности амбулаторного лечения.

Таблица 1

*Основные показатели работы подразделения 2013-2016 гг.*

Наименование показателей	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Число сметных коек	225	155	130	130
План койко/дней	76500	52700	44200	44200
Выполнено к/дней	75510	46030	41198	41548
Процент выполнения плана	98,7	87,3	93,2	94
Поступило больных	146	108	134	135
Выбыло больных	184	152	135	136
Умерло больных	11	13	18	14
Летальность	6,6	9,8	13,3	10,3
Среднее пребывание на койке (выбывших)	611,8	607,4	582,0	352,0
Оборот койки	0,73	0,83	1,03	1,03
Работа койки	335,6	296,9	316,9	319,6

Как следует из данных таблицы 1, за последние три года отмечается снижение средней длительности пребывания на койке, увеличение оборота койки. Уровень летальности коррелирует с уровнем летальности от туберкулёза лёгких в Алтайском крае.

С 01.04.2015 г. функционирует наркологическое туберкулёзное отделение на 20 коек (мужское). Отделение предназначено для лечения синдрома зависимости от алкоголя в сочетании с туберкулёзом лёгких и оказывает только плановую медицинскую помощь. В отделении работают заведующий (врач-психиатр-нарколог), врач-фтизиатр, также активно участвуют в лечебно-реабилитационном процессе врач-психотерапевт и клинический психолог.

В 2015-2016 годах в отделении было пролечено 45 больных, из них 11 чел. – жители города (в том числе 7 чел. – г. Барнаул), 31 чел. – жители села, 3 чел. – лица без определённого места жительства. Результаты лечения синдрома зависимости от алкоголя: полная ремиссия – 4 чел., неполная ремиссия – 15 чел., ухудшение – 3 чел. и 23 чел. – без перемен.

Стоит отметить, что из числа пролеченных больных 15 пациентов были выписаны в связи с окончанием курса лечения туберкулёза лёгких. В связи с отказом от дальнейшего лечения из стационара были выписаны 27 пациентов. Летальный исход – 3 человека. В настоящее время в отделении в числе прочих находятся на лечении пациенты, направленные по решению суда для прохождения обязательного обследования и лечения туберкулёза лёгких.

#### **Список литературы:**

1. Амлаев К.Р., Баронова О.Д. Особенности эпидемиологии и клинического течения туберкулёза у лиц с психическими заболеваниями. – URL: [www.zor-da.ru/muz/](http://www.zor-da.ru/muz/) (сайт МУЗ «Городской центр медицинской профилактики» г. Ставрополя).
2. Аналитический обзор по туберкулёзу в РФ за 2004 г.: характеристики эпидемического процесса и противотуберкулёзной службы. – Минздравсоцразвития России, ЦНИИОМЗ Росздрава России, 2006. – С. 6.
3. Зубова Е.Ю. Особенности течения туберкулёза у психически больных // Рос. мед. журн. – 2009. – № 1. – С. 47-49.
4. Имамов А.Х. Особенности патогенеза и клиники алкоголизма, возникающего на фоне туберкулёза лёгких // Журнал неврологии и психиатрии. – 1987. – № 3. – С. 422-424.
5. Иммерман К.Л., Панкратова Л.Э. Особенности характера и динамики нервно-психических нарушений у больных с впервые выявленным туберкулёзом лёгких в условиях интенсивной химиотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1988. – № 6. – С. 109-113.
6. Ордонец В.С., Баронова О.Д., Новикова Т.И. Особенности выявления, клиники и лечения туберкулёза лёгких у больных с психическими заболеваниями // Пробл. туберкулёза и болезней лёгких. – 2009. – № 3. – С. 34-38.
7. Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч. Лечение больных туберкулёзом лёгких, страдающих психическими заболеваниями // Пробл. туберкулёза. – 1996. – № 2. – С. 17-19.
8. Рудой Н.М., Чубанов Т.Ч., Джохадзе В.А. Распределение, клинические проявления, течение и исходы туберкулёза лёгких у больных психическими заболеваниями и алкоголизмом // Проблемы туберкулёза. – 1989. – № 1. – С. 61-63.
9. Рудой Н.М., Чубанов Т.Ч., Джохадзе В.А. Туберкулёз лёгких у больных с психическими заболеваниями, наркоманией и токсикоманией // Проблемы туберкулёза. – 1991. – № 11. – С. 37-40.

Поскольку преждевременное прекращение лечения лиц, больных туберкулёзом лёгких, часто обусловлено сопутствующим синдромом зависимости от алкоголя, то наркологическое туберкулёзное отделение может оказать существенное влияние на снижение данного показателя в Алтайском крае.

Промежуточные выводы:

1. Как показывает опыт работы в условиях фтизиатрического подразделения, а также анализ специальной литературы, течение туберкулёза лёгких больше зависит не от психического диагноза, а от уровня дезадаптации. У глубоко дезадаптированных пациентов отмечается высокая эффективность лечения, что связано с непрерывной противотуберкулёзной терапией в условиях стационара. Адаптивные способности пациентов увеличивают риск прогрессирования туберкулёза лёгких за счёт неэффективности амбулаторного лечения.
2. С целью совершенствования психиатрической и наркологической помощи лицам, больным туберкулёзом лёгких, необходимо целенаправленно и активно выявлять туберкулёз у лиц, состоящих на учёте врача-психиатра-нарколога.
3. Необходимо совершенствовать межведомственное взаимодействие специалистов наркологической и фтизиатрической служб в отношении пациентов, уклоняющихся от лечения туберкулёза лёгких, согласно Федеральному закону РФ от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации».

---

---

10. Состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения Алтайского края в 2010 году // Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Алтайский краевой медицинский информационный центр. – Барнаул, 2011.

11. Фишер Ю.Я., Шейнман В.Л., Гуторова В.А. Профилактика туберкулёза у пациентов психиатрических больниц // Проблемы туберкулёза. – 1991. – № 1. – С. 18-22.

12. Шереметьева И.И. Особенности диагностики экзогенно-органических психических расстройств: материалы Всероссийской Юбилейной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии». – Санкт-Петербург, 2007. – С. 120-121.

13. Шереметьева И.И., Плотников А.В. Организация психиатрической и наркологической помощи больным туберкулёзом лёгких в современных условиях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 1 (94). – С. 65-69.

---

---

## ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

### БАРЬЕРЫ В ДОСТУПЕ К ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЁЖИ В ТРЁХ СТРАНАХ РЕГИОНА ВЕЦА: РОССИЯ, УКРАИНА, ГРУЗИЯ (отчёт)

Я. Панфилова

Региональный координатор проекта «QuestHIVtest», Глава правления БО «Объединение подростков и молодёжи «Teenergizer»

Отчёт подготовлен МБО «Евразийское объединение подростков и молодёжи «Teenergizer» в рамках проекта #QuestHIVTest при поддержке регионального офиса UNAIDS в регионе ВЕЦА и ViiV Healthcare.

Выражаем благодарность Малхазу Латария, МО «Мир толерантности», г. Тбилиси, Грузия; Надежде Тимошенко и Виктору Шилову, БО «Свет Надежды», г. Полтава, Украина Надежде Дубчак, Яне Вальчук, Анне Миллер, БО «Объединение подростков и молодёжи «Teenergizer», г. Киев, Украина; Екатерине Михайловой, НП «Е.В.А.», г. Санкт Петербург, Россия, и Светлане Изамбаевой, НБФ «Светланы Изамбаевой», г. Казань, Россия.

В этом отчёте представлено исключительно мнение представителей МБО «Евразийское объединение подростков и молодёжи «Teenergizer», что не является официальной позицией UNAIDS и ViiV Healthcare.

#### Резюме

В отчёте «Барьеры в доступе к тестированию на ВИЧ среди подростков и молодёжи в трёх странах региона ВЕЦА» (далее – Отчёт) описаны ключевые барьеры в доступе к тестированию на ВИЧ среди подростков и молодёжи. Города были выбраны подростками-волонтерами проекта #QuestHIVtest<sup>1</sup>, реализуемого Международной благотворительной организацией «Евразийское объединение подростков и молодёжи «Teenergizer» (далее – Teenergizer) при поддержке регионального офиса UNAIDS в регионе ВЕЦА и ViiV Healthcare.

Данный Отчёт не является полноценным исследованием, в нём представлены мнения подростков, вовлечённых в реализацию проекта #QuestHIVtest и в деятельность Teenergizer. В результате проведённой работы были выявлены два основных барьера в доступе к тестированию на ВИЧ среди подростков, которые являются схожими для всех трёх стран, а именно:

- Ограничение по возрасту;
- Ограничение в доступе к бесплатному тестированию на ВИЧ.

Кроме указанных барьеров, были выявлены также другие, индивидуальные для стран, которые более подробно описаны в данном Отчёте.

Опираясь на полученные результаты, командой Teenergizer сформулированы рекомендации по улучшению доступа к тестированию подростков и молодёжи в странах региона ВЕЦА:

- Гармонизировать нормативно-правовую базу в сфере доступа к тестированию на ВИЧ для людей младше 18ти лет в странах

региона, где существуют явные несоответствия;

- Совместно с сообществом подростков разработать или обновить протоколы по тестированию на ВИЧ, в ключе, дружественном для подростков и молодых людей, с дальнейшим внедрением разработанных документов по всем пунктам тестирования;
- Совместно с сообществом подростков разработать механизмы обратной связи по предоставлению услуг по тестированию на ВИЧ среди подростков для постоянной оценки качества и доступности тестирования.

#### Введение

С 2000 года в мире было зарегистрировано 5,7 миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции среди подростков. Без соответствующих мер, по прогнозам ЮНИСЕФ, число новых случаев ВИЧ-инфекции среди подростков будет неуклонно расти, и уже к 2030 году оно увеличится на 13%. Несмотря на предпринимаемые мировым сообществом шаги в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа, с 2010 года смертность от СПИДа среди подростков снизилась всего на 5%. Мировой прогресс в предотвращении новых случаев ВИЧ-инфекции среди подростков и улучшение доступа к тестированию и лечению ВИЧ на данный момент неприемлемо низкий.

Непрекращающееся распространение ВИЧ-инфекции остаётся серьёзной проблемой для региона Восточной Европы и Центральной Азии. В 2016 г. оценочное число и процент новых ВИЧ-инфекций среди подростков в возрасте 15-19 лет в регионе

<sup>1</sup> <http://teenergizer.org/category/news/quest-hiv-test/>

составляли 7 200 и 3% соответственно<sup>2</sup>. А оценочные данные по заболеваемости и распространённости ВИЧ среди подростков и молодёжи в регионе ВЕЦА в 2017 г. выглядят следующим образом<sup>3</sup>:

Возраст	Распространённость	Заболеваемость
15-24	95 000	26 000
15-19	17 000	7 200
20-24	78 000	19 000

Ситуация усугубляется тем, что большинство подростков не имеют доступа к антиретровирусной терапии. Анализ данных ЮНИСЕФ свидетельствует<sup>4</sup>, что без немедленных действий мировое сообщество не сможет добиться целевых показателей стратегии 2020 Super-Fast-Track для ликвидации передачи ВИЧ-инфекции у детей, сокращения новых случаев ВИЧ-инфекции у девочек-подростков и молодых женщин и для увеличения охвата лечения ВИЧ-инфекции у детей и подростков, живущих с ВИЧ<sup>5</sup>.

Катастрофическая ситуация с эпидемией ВИЧ/СПИДа в странах ВЕЦА среди общего населения и подростков в частности не оставила равнодушными региональное сообщество, дав импульс идее создать организацию подростков и молодёжи, которых затронула эпидемия ВИЧ/СПИДа. Первые шаги в этом направлении были сделаны в 2010 г., когда ВЦО ЛЖВ<sup>6</sup> посвятило отдельный фокус своей деятельности детям и подросткам. Региональная группа родителей и опекунов ВИЧ-позитивных детей также решили направить особые усилия на мобилизацию сообщества подростков и молодёжи и на защиту их прав и интересов. Уже через 2 года, в 2012, при поддержке регионального офиса ЮНИСЕФ сообщество подростков реализует свои проекты в 7 странах ВЕЦА, а в 2015 г. были официально зарегистрированы Евразийское объединение подростков и молодёжи «Teenergizer» и Объединение подростков и молодёжи «Teenergizer» в Украине<sup>7</sup>.

В ноябре 2017 г. был проведён Первый Национальный Форум Подростков с Международным Участием<sup>8</sup>, собравший 34 подростка, которых коснулась эпидемия ВИЧ/СПИД, и подростков из ключевых групп из 13 городов Украины, России, Грузии и Казахстана. Основной целью форума стало создание уникальной платформы и единой

движущей силы подростков и молодёжи для обмена опытом и представления интересов сообщества на Национальном уровне. В рамках форума был объявлен представитель сообщества подростков, который впервые в Украине станет полноправным участником Национального Совета по вопросам противодействия ТБ и ВИЧ/СПИДа<sup>9</sup>, а также создана основа для дальнейшей коммуникации в пределах данной группы подростков, а именно – e-mail рассылка: [young.leaders@teenergizer.org](mailto:young.leaders@teenergizer.org) и онлайн Платформа молодых лидеров в Facebook<sup>10</sup>. Кроме того, представители команды Teenergizer вошли в рабочую группу по подготовке Национальной Программы по ВИЧ/СПИДу.

Сегодня ребята из Teenergizer представляют свои интересы на ключевых региональных, национальных и международных форумах; влияют на процессы принятия решений, связанных с ВИЧ, гендерными вопросами и другими важными для молодёжи темами. В Украине молодые люди из организации самостоятельно защищают свои интересы в рамках финансирования Глобального Фонда. Кроме того, члены Teenergizer представлены в организационных и программных комитетах VI Международной Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии<sup>11</sup>, таким образом представляя интересы многих тысяч молодых людей, которых коснулась эпидемия ВИЧ/СПИДа в странах ВЕЦА.

### О проекте

Барьеры в доступе к тестированию на ВИЧ среди подростков и молодёжи изучались в рамках Проекта #QuestHIVTest (далее – Проект), который реализовывался Teenergizer при поддержке регионального офиса UNAIDS и ViiV Healthcare в регионе ВЕЦА в 2017 году. География Проекта охватывала три страны – Россия, Украина, Грузия. Для реализации Проекта были сформированы команды Teenergizer, в состав которых вошли 77 подростков-волонтеров и 5 координаторов в 5 городах региона ВЕЦА: Киев и Полтава в Украине, Санкт-Петербург и Казань в России и Тбилиси в Грузии, которые привлекали своих сверстников к добровольному тестированию на ВИЧ.

Пять команд подростков-волонтеров Teenergizer составили список из 126 пунктов тестирования для дальнейшей проверки данных пунктов на предмет дружелюбности к подросткам, а также выявляе-

<sup>2</sup> <http://childrenandaids.org/statistical-update-page> (см.: Children and AIDS Statistical Update PowerPoint Presentation)

<sup>3</sup> <http://www.eecaac2018.org/symposium2/>

<sup>4</sup> <https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people/>

<sup>5</sup> <https://free.unaids.org/>

<sup>6</sup> <http://ecuo.org/>

<sup>7</sup> <http://teenergizer.org/t/ru/about>

<sup>8</sup> <http://teenergizer.org/2017/11/pervyj-natsionalnyj-forum-podrostkov-v-kieve/>

<sup>9</sup> <http://teenergizer.org/2017/11/okonchatelnye-rezultaty-vyborov-predstavitelya-ot-molodezhi-v-natsionalnyj-sovet-po-tuberkulezu-i-vich-spidu/>

<sup>10</sup> <https://www.facebook.com/youthliderplatform/>

<sup>11</sup> <http://www.eecaac2018.org/documents/docs/organising-committee/>

ния барьеров в доступе к тестированию на ВИЧ среди подростков, из которых было проверено 120. Результаты проверенных пунктов были опубликованы на сайте T-map<sup>12</sup>.

Критерии, по которым ребята из команды Teenergizer оценивали пункты, были следующие:

- доброжелательное отношение к подросткам;
- возможность сдать тест без согласия родителей;
- удобное место расположения;
- отсутствие платы за проведение тестирования.

Таким образом, были определены 6 самых дружественных к подросткам пунктов тестирования на ВИЧ:

- г. Киев – АНФ (ул. Шулявская, 5);
- г. Казань – Центр профилактики и борьбы со СПИДом (ул. Вишневого, 2а);
- г. Тбилиси – Центр инфекционных заболеваний, клинической иммунологии и СПИДА (Проспект Казбеги, 16);
- г. Полтава – Кабинет «Доверие» на базе ПМСД №4 (ул. И.Мазепы, 36, каб. 301) и Медицинский центр «100% Жизни», (ул. Володарского, 6Д);
- г. Санкт-Петербург – Автобус Дракония (адрес зависит от места нахождения).

#### Анализ доступа к тестированию подростков на ВИЧ по регионам

##### Россия – г. Казань и г. Санкт-Петербург

###### *Ограничение по возрасту*

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Ст. 54 «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» подросток имеет право сдать тест на ВИЧ с 15 лет без разрешения родителей или опекунов<sup>13</sup>. Однако по данным, полученным командой Teenergizer, врачи часто отказывают в тестировании на ВИЧ подросткам младше 18 лет без присутствия родителей.

###### *Ограничение в доступе к бесплатному тестированию на ВИЧ*

Из всех учреждений здравоохранения г. Казань подросткам предоставляется возможность сдать тест на ВИЧ бесплатно только в ГАУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Министерства здравоохранения Республики Татарстан» или по направлению врача поликлиники по месту жительства. Других вариантов бесплатного тестирования на ВИЧ в г. Казань командой Teenergizer выявлено не было. Однако следует отметить, что в случае необходимости получения справки о ВИЧ-статусе (например, для предоставления по месту учёбы/работы), сотрудники указанного учреждения взи-

Благодаря работе команд Teenergizer более двух тысяч молодых людей прошли тест на ВИЧ. Также было проведено 90 встреч, которые способствовали мобилизации сообщества подростков, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИД.

Страновые координаторы, которые помогали подросткам осуществлять их деятельность в трёх странах, параллельно собрали данные для анализа ситуации с доступом подростков к тестированию на ВИЧ в регионе ВЕЦА. На основе полученных данных были выделены два основных барьера, которые впоследствии проверяли ребята из команды Teenergizer:

- ограничение по возрасту;
- ограничение в доступе к бесплатному тестированию на ВИЧ.

В процессе проведения деятельности команды ребят в разных городах столкнулись так же с другими барьерами, характерными для разных стран, которые тоже описаны в Отчёте.

Данный Отчёт не является полноценным исследованием с применением соответствующей методологии и инструментов. В Отчёте представлены мнения подростков, вовлечённых в реализацию проекта #QuestHIVtest и в деятельность Teenergizer.

мают плату за тест на ВИЧ в размере 250 рублей (экв. 4 доллара США), мотивируя свои действия тем, что бесплатно пройти тест на ВИЧ возможно только анонимно.

Среди учреждений здравоохранения г. Санкт-Петербург подросткам предоставляется возможность бесплатно сдать тест на ВИЧ в СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», а также в других учреждениях по направлению врача больницы, если подросток находится на лечении в стационаре. Если же подросток не находится на стационарном лечении в больнице, стоимость теста на ВИЧ для него будет составлять 560 рублей (экв. 10 долларов США).

###### *Чрезмерная длительность и сложность процесса прохождения тестирования на ВИЧ подростком*

Для прохождения теста на ВИЧ за пределами центров профилактики и борьбы со СПИДом подростку необходимо пройти 4 этапа:

1. Взять направление к педиатру через электронную запись или специальный аппарат в поликлинике по месту прописки, используя свой страховой полис;
2. Получить у педиатра направление на тест на ВИЧ;

<sup>12</sup> <http://map.teenergizer.org/#/map>

<sup>13</sup> <http://kremlin.ru/acts/bank/34333/page/10>

3. Пройти тест на ВИЧ;
4. Явиться за результатом.

В итоге период от момента принятия решения подростком сдать тест на ВИЧ до получения результата самого анализа занимает около трёх недель. Процесс ещё больше усугубляется наличием длительных очередей в медицинских учреждениях страны, что так же не способствует принятию подростком положительного решения о сдаче теста на ВИЧ.

#### **Ограничение в доступе к экспресс-тестированию на ВИЧ**

Команда Teenergizer из г. Санкт-Петербург нашла всего три пункта, где подростки могут пройти экспресс-тестирование на ВИЧ, а в г. Казани – всего два пункта с возможностью для подростка пройти экспресс-тестирование.

### **Украина – г. Киев и г. Полтава**

#### **Ограничение по возрасту**

Медицинские работники часто отказывают в тестировании на ВИЧ подросткам младше 18 лет, требуя паспорт или присутствие родителей, хотя в законодательстве Украины предусмотрено тестирование на ВИЧ без присутствия родителей с 14 лет, что зафиксировано в Ст. 6 Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, живущих с ВИЧ»<sup>14</sup>. Однако согласно «Отчёту по анализу законодательного поля по обеспечению и финансированию медицинских и социальных услуг для подростков с ВИЧ с целью сохранения СРЗ»<sup>15</sup> существует коллизия в законодательстве: согласно Ст. 285 Гражданского кодекса Украины<sup>16</sup> самостоятельно получить результаты теста на ВИЧ имеют право только osoby, достигшие 18 лет, хотя пройти тест на ВИЧ можно с 14 лет. Данный факт свидетельствует о необходимости привести в соответствие упомянутые противоречащие друг другу нормы закона.

#### **Ограничение в доступе к бесплатному тестированию на ВИЧ**

В некоторых государственных пунктах тестирования на ВИЧ с подростков взимают плату за тест, хотя согласно Ст. 6 Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, живущих с ВИЧ»<sup>17</sup>, тестирование на ВИЧ проводится бесплатно в государственных учреждениях.

#### **Ограничение в доступе к бесплатному тестированию на ВИЧ**

Бесплатный тест на ВИЧ в Тбилиси можно сдать только в Центре профилактики и борьбы со СПИДом г. Тбилиси и некоторых сервисных НКО, в остальных городских пунктах тестирования на ВИЧ анализ является платным и его стоимость составляет около 4 долларов.

#### **Отсутствие доступа к анонимному тестированию**

В Ст. 6 Закона Грузии «О ВИЧ-инфекции/СПИДе»<sup>18</sup> в части о тестировании на ВИЧ физических лиц указано анонимное и конфиденциальное тестирование. Однако в Законе отсутствует детализация процесса предоставления анонимного или конфиденциального тестирования. На практике очень часто требуют предоставить официальные документы, удостоверяющие личность (например, паспорт). Таким образом, в г. Тбилиси во всех городских пунктах тестирования на ВИЧ, кроме Центра профилактики и борьбы со СПИДом и сервисных НКО, тестирование на ВИЧ для подростков является только конфиденциальным, но не анонимным.

#### **Отсутствие качественного до- и послетестового консультирования**

При тестировании на ВИЧ волонтерам Teenergizer врачи не предоставили ни до-, ни послетестового консультирования, что существенно снижает уровень информированности подростков о существующих рисках для их здоровья.

#### **Выводы и рекомендации**

Опираясь на полученные результаты, можно выделить два основных барьера в доступе к тестированию на ВИЧ среди подростков, которые являются схожими для всех трёх стран, а именно:

- Ограничение по возрасту;
- Ограничение в доступе к бесплатному тестированию на ВИЧ.

Кроме указанных барьеров, так же были выявлены такие:

- Чрезмерная длительность и сложность процесса прохождения тестирования на ВИЧ (Россия);
- Ограничение в доступе к экспресс-тестированию на ВИЧ (Россия);
- Отсутствие доступа к анонимному тестированию (Грузия);

<sup>14</sup> <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>

<sup>15</sup> <http://teenergizer.org/2016/07/otchyotik-teenergizer/>

<sup>16</sup> <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/435-15/page6>

<sup>17</sup> <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>

<sup>18</sup> <https://matsne.gov.ge/ru/document/download/90088/1/ru/pdf>



- 
- 
- Отсутствие качественного до- и после-тестового консультирования (Грузия);
  - Гармонизировать нормативно-правовую базу в сфере доступа к тестированию на ВИЧ для людей младше 18ти лет в странах региона, где существуют явные несоответствия;
  - Совместно с сообществом подростков разработать или обновить протоколы по тестированию на ВИЧ, в ключе, дружественном для подростков и молодых людей, с даль-

нейшим внедрением разработанных документов по всем пунктам тестирования;

- Совместно с сообществом подростков разработать механизмы обратной связи по предоставлению услуг по тестированию на ВИЧ среди подростков для постоянной оценки качества и доступности тестирования.

Информация о барьерах в доступе к тестированию на ВИЧ среди подростков в странах региона ВЕЦА представленная в Отчёте послужит основой для дальнейших адвокационных мероприятий команды Teenergizer.

### Аббревиатуры

<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВЕЦА</b>	Восточная Европа и Центральная Азия
<b>ГАУЗ</b>	Государственное автономное учреждение здравоохранения
<b>ГБУЗ</b>	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
<b>ЛЖВ</b>	Люди, живущие с ВИЧ
<b>НКО</b>	Некоммерческая организация
<b>СПИД</b>	Синдром приобретённого вируса иммунодефицита
<b>ЮНИСЕФ</b>	Детский фонд Организации Объединённых Наций
<b>АНФ</b>	AIDS Healthcare Foundation
<b>UNAIDS</b>	United Nations Programme on HIV and AIDS

---

---

## РЕЗЮМЕ

### ЧЕТВЁРТАЯ РЕВОЛЮЦИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Четвёртая революция в психотерапии» анализируется периодичность становления профессиональной психотерапии. Отмечается влияние культурно-исторического контекста на формирование структуры и технологического содержания доминирующих психотерапевтических моделей. Акцентируется внимание на особенности развивающего профессионального цикла: революция – реформа – эволюция – перспективное планирование. Приводятся результаты исследования динамики основных характеристик профессиональной психотерапии за последние 15 лет. Делаются выводы о наличии существенных качественных изменений в предметной сфере психотерапии. Обосновываются претензии профессиональной психотерапии на статус самостоятельной научной дисциплины.

*Ключевые слова:* психотерапия, предметная сфера, революция, развитие.

### ГИПНОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ

С.А. Гребнев

В статье описывается опыт влияния разных гипносуггестивных методов в работе с зависимостями: алкогольной, никотиновой, наркотической. Практические наблюдения и собственные исследования показывают, какой из методов наиболее эффективен, по каким причинам был создан новый суггестивный метод «Суггестия в состоянии концентрации внимания» и что играет ключевую роль в проводимых суггестиях.

*Ключевые слова:* гипноз, суггестии, забывание в гипнозе.

### КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ. КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ.

С.А. Гребнев

Когнитивная психотерапия является основной в работе с зависимыми людьми. В статье обозначены основные (ключевые) моменты, существенно повышающие эффективность работы с клиентом – это расширенный список работы с иррациональными (ложными) убеждениями пациента; стабилизация новых убеждений; формирование новых привычек; расширение стилей мышления пациента и многое другое. Лучше всего учитывает особенности мышления зависимого человека авторский метод «Кристаллизация мышления», который за счёт отработанного алгоритма задаваемых вопросов быстро приводит к смене ложных убеждений, стабилизирует полученный результат, устраняет психологические механизмы защиты, существенно сокращает сроки работы с клиентом.

*Ключевые слова:* когнитивная психотерапия, метод «Кристаллизации мышления», наркотическая зависимость, алкогольная зависимость.

### ПОСЛЕДНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

И.И. Шереметьева, А.В. Плотников

После 20 лет снижения эпидемиологических показателей, отражающих распространение туберкулёза, в 90-е годы XX века в России произошло ухудшение эпидемической ситуации. Важной проблемой является лечение больных с сочетанием туберкулёза лёгких и психического заболевания. Такие больные, как правило, уклоняются от лечения туберкулёза, нарушают режим противотуберкулёзных учреждений. Вопросы же комплексной терапии сочетанной патологии до сих пор до конца не разработаны, являются предметом исследований. Исследование проводится на базе фтизиатрического подразделения Алтайской краевой клинической психиатрической больницы имени Ю.К. Эрдмана (г. Барнаул). Цель работы: поиск наиболее оптимальных подходов к организации психиатрической помощи больным туберкулёзом лёгких. Методы исследования: клинический, патопсихологический, клинико-статистический, клинико-эпидемиологический, статистический.

*Ключевые слова:* организация медицинской помощи, туберкулёз, психические расстройства, сочетание.

---

---

---

---

## SUMMARY

### FOURTH REVOLUTION IN PSYCHOTHERAPY

A.L. Katkov

In the article by A.L. Katkov "The Fourth revolution in psychotherapy" examines the frequency of formation of professional psychotherapy. Influences of the cultural-historical context on the formation of structure and technological content of the dominant psychotherapeutic models. The article focuses on the specifics of developing professional cycle: revolution and reform – evolution – long-term planning. The results of the study of the dynamics of the main characteristics of professional psychotherapy over the last 15 years. Conclusions about the presence of significant qualitative changes in the substantive field of psychotherapy. Settle claims professional psychotherapy to the status of an independent scientific discipline.

*Key words:* psychotherapy, subject field, revolution, development.

### DRUG ADDICTION AND HYPNOTHERAPY

S.A. Grebnev

The article describes the experience of the effects of different hypnosuggestive methods in dealing with addictions: alcohol, nicotine, drug. Practical observations and our own research shows which method is most effective for some reason created a new method of suggestive "Suggestion able to focus" and that plays a key role in the ongoing suggestion.

*Keywords:* hypnosis, suggestion, forgetting in hypnosis.

### COGNITIVE PSYCHOTHERAPY IN ADDICTION. KEY POINTS.

S.A. Grebnev

Cognitive psychotherapy is fundamental in working with dependent people. The article outlines the key (key) moments that significantly increase the effectiveness of work with the client – an expanded list of work with the patient's irrational (false) beliefs; Stabilization of new beliefs; The formation of new habits; Expansion of the patient's thinking styles and much more. The author's method "Crystallization of thinking", which due to the well-developed algorithm of the questions asked, quickly leads to a change of false beliefs, stabilizes the result obtained, eliminates the psychological mechanisms of protection, significantly shortens the terms of work with the client.

*Keywords:* cognitive therapy, a method of "crystallization of thinking", drug addiction, alcohol addiction.

### THE RECENT RESULTS OF THE TB UNIT OF THE ALTAI REGIONAL CLINICAL PSYCHIATRIC HOSPITAL

I.I. Sheremeteva, A.V. Plotnikov

After 20 years of decline epidemiological indicators, reflecting the spread of tuberculosis in the 90 years of the 20<sup>th</sup> century, there was a deterioration of the epidemiological situation in Russia. An important issue is the treatment of patients with a combination of pulmonary tuberculosis and mental illness. These patients tend to shy away from treatment, violate the TB facilities. The integrated treatment of comorbidity are still not fully developed, the subject of research. Research is conducted on the basis of the TB division of the Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital name Erdman (Barnaul). The work purpose: to find the best approaches of psychiatric care for payirnts with pulmonary tuberculosis. Research methods: clinical method, pathopsychological method, epidemiological method and statistical method.

*Key words:* health care setting, tuberculosis, mental disorders, combination.

---

---

**БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ  
«ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ»  
за 2017 год**

**НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ**

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 1 августа 2017 года № 575 «О реализации мер по развитию службы охраны психического здоровья на 2017-2018 годы», Том XXIII, № 1-2, 2017

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 13 июля 2017 года № 504 «Об утверждении Правил проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения», Том XXIII, № 3-4, 2017

**ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

Всемирная организация здравоохранения, Агентство ООН по делам беженцев. Руководство по гуманитарной помощи Программы действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP-HIG): лечение психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в чрезвычайных гуманитарных ситуациях, Том XXIII, № 1-2, 2017

**ПСИХОТЕРАПИЯ**

Катков А.Л. Четвёртая революция в психотерапии, Том XXIII, № 3-4, 2017

**НАРКОЛОГИЯ**

Асадуллин А.Р., Анцыборов А.В., Ахметова Э.А. Психоактивные эффекты и токсические реакции, связанные с употреблением мефедрона и метилона. Обзор литературы. Том XXIII, № 1-2, 2017

Гребнев С.А. Гипнотерапия в наркологии, Том XXIII, № 3-4, 2017

Гребнев С.А. Когнитивная психотерапия в наркологии. Ключевые моменты. Том XXIII, № 3-4, 2017

Шереметьева И.И., Плотников А.В. Последние результаты работы фтизиатрического подразделения Алтайской краевой клинической психиатрической больницы, Том XXIII, № 3-4, 2017

**ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ**

Панфилова Я. Барьеры в доступе к тестированию на ВИЧ среди подростков и молодёжи в трёх странах региона ВЕЦА: Россия, Украина, Грузия (отчёт), Том XXIII, № 3-4, 2017