КАЧЕСТВО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

(системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)

А.Л. Катков г. Санкт - Петербург

Аннотация: В статье А.Л. Каткова «Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)» описывается общая методология и приводятся основные результаты комплексного исследования в сфере определения качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья. В частности, обращается внимание на высокую степень взаимозависимости идентифицированных качественных характеристик с наиболее актуальными социальными контекстами – такими как риски вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии; необходимость повышения индивидуальной и социальной эффективности в кризисных ситуациях, и пр. Подробно описываются психологические свойства, высокий уровень развития которых обеспечивает соответствующие уровни качества психического здоровья и устойчивости к агрессивному влиянию среды. Рассматриваются наиболее существенные характеристики предметной сферы категории качества психического здоровья, дифференцируемой по основным матричным уровням – установочному, идентификационному, структурно-содержательному, технологическому, инструментально-методологическому, системному. Приводится описание метамодели социальной психотерапии, представляющей институциональный уровень базисной научно-исследовательской программы. Рассматриваются вопросы нормативно-правового обеспечения профильной профессиональной деятельности.

Ключевые слова: психическое здоровье, качественные характеристики, методология, научная программа.

Abstract: Alexander L. Katkov "The quality of mental health (identification of systemic characteristics based on the results of a comprehensive study)" describes the methodology and presents the main results of the research. In particular, it draws attention to high correlation between the quality characteristics and the relevant social contexts, such as, risk of engagement in the destructive social epidemics; the need to improve the individual and social efficiency in crisis situations, and etc. Article describes in details the psychological characteristics that, when they are highly developed, can ensure the proper levels of mental health quality and proper resistance to hostile environmental impact. We consider the most essential characteristics of the category “quality of mental health” that differentiable in accordance with the main matrix's levels - the attitudinal, identity, substantive and structural, technological, methodological and systemic. We present the description of a meta model of social psychotherapy as the institutional level of the basic research programme. The legal issues of the principal professional activity is considered.

Keywords: mental health, quality characteristics, methodology, research.

Оглавление

Введение……... 4
Актуальность…… 4
1. Оценка уровня предшествующих достижений: степень разработанности эпистемологических подходов, общей и частной методологии определения качества индивидуального и социального психического здоровья……... 8
Концептуальные, общеметодологические подходы…….. 8
Частнометодологические подходы в исследовании качества психического здоровья……... 14
Общая оценка уровня достижений……... 19
2. Общая методология исследования……... 20
2.1. Основные сведения об исследовательском проекте……. 20
2.2. Основные методологические установки…… 21
2.3. Используемые материалы, методы и инструменты исследования…….. 24
2.4. Приверженность принципам доказательной практики……. 29
3. Результаты исследования……... 29
3.1. Универсальные факторы качества психического здоровья, идентифицированные по параметрам риска – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, конструктивному – деструктивному вариантам прохождения адаптивно-креативного цикла…… 29
3.1.1. Вводные сведения……... 29
3.1.2. Определение качественных характеристик и уровней психического здоровья……... 30
3.1.3. Базисные содержательные характеристики качества психического здоровья……... 31
3.1.4. Первичный содержательный уровень качественных характеристик психического здоровья и их онтогенетическая динамика……. 32
3.1.5. Полярные варианты динамики становления первичных содержательных характеристик качества психического здоровья…… 35
3.1.6. Доказательная база по соответствию идентифицированных характеристик качества психического здоровья первичного содержательного уровня установочным методологическим критериям.. 36
3.1.7. Функционально-динамический содержательный уровень качественных характеристик психического здоровья……. 39
3.1.8. Результирующие содержательные характеристики феномена качества психического здоровья……... 40
3.1.9. Доказательная база по соответствию функционально-динамических и результирующих характеристик феномена качества психического здоровья установочным методологическим критериям……. 41
3.2. Системные характеристики феномена качества психического здоровья. 45
3.2.1. Вводные сведения……... 45
3.2.2. Анализ системного взаимодействия в паре: феномен качества психического здоровья – психологическое здоровье…….. 46
3.2.3. Анализ системного взаимодействия в паре: феномен качества психического здоровья – общая категория психического здоровья…….. 50
3.2.4. Анализ системного взаимодействия в паре: феномен качества психического здоровья – категория интегрального здоровья…… 55
3.2.5. Анализ системного взаимодействия в паре: феномен качества психического здоровья – категория адаптации……... 56

3.2.5.1. Характеристика процесса адаптации с позиции синергетического внедисциплинарного, научного подхода…….. 56
3.2.5.2. Дифференцированные функциональные характеристики феномена адаптации…….. 57
3.2.5.3. Понятие адаптивно-креативного цикла, структурные и функциональные характеристики…… 59
3.2.5.4. Системное взаимодействие в паре: адаптация – эффективная самоорганизация…… 62
3.2.6. Анализ системного взаимодействия в паре: феномен качества психического здоровья – качество жизни…… 62
3.3. Технологические характеристики феномена качества психического здоровья……... 63
3.3.1. Вводные сведения…….. 63
3.3.2. Модель трехуровневой, развивающей коммуникации…… 63
3.3.2.1. Характеристика макротехнологического уровня развивающей коммуникации…….. 66
3.3.2.2. Характеристика метатехнологического уровня развивающей коммуникации…….. 67
3.3.2.3. Характеристика структурно-технологического уровня развивающей коммуникации…….. 67
3.3.3. Общая методология психотехнического анализа…….. 70
3.3.3.1. Характеристика оценочной системы, используемой в методологии психотехнического анализа……. 70
3.3.3.2. Универсальные единицы психотехнического анализа……. 72
3.3.3.3. Количественная оценка учитываемых признаков при использовании шкалированного варианта протокола психотехнического анализа……. 89
3.3.3.4. Особенности использования психотехнического анализа в исследовательской и рутинной практике……... 90
3.3.3.5. Оценка эффективности разработанных инновационных технологий… 92
3.4. Инструментально-методологические характеристики феномена качества психического здоровья……... 93
3.4.1. Вводные сведения……... 93
3.4.2. Общие характеристики базисной научно-исследовательской программы……... 94
3.4.3. Основные компоненты базисной НИП……. 96
3.4.4. Характеристика исследовательских инструментов, используемых в ходе реализации основных разделов базисной НИП…….. 100
3.4.5. Структура и характеристики основных разделов базисной НИП……. 102
3.5. Институциональные характеристики феномена качества социального психического здоровья…… 104
3.5.1. Вводная информация…….. 104
3.5.2. Метамодель социальной психотерапии……... 107
3.5.3. Система управления качеством в метамодели СП……. 111
3.5.4. Нормативно-правовое регулирование профессиональной деятельности, реализуемой в сфере качества психического здоровья……... 114
3.5.5. Нормативно-этическое регулирование профессиональной деятельности, реализуемой в сфере качества психического здоровья….. 118
Выводы…… 120
Литература…… 121

Введение

Обращение к теме системного исследования и адекватного определения качества психического здоровья обусловлено рядом обстоятельств, часть из которых представлена в сфере психиатрии, психотерапии и консультативной психологии - профессиональных направлениях, до настоящего времени не имеющих удовлетворительного консенсуса и использующих разную терминологию для обозначения качественных характеристик категории психического здоровья. Между тем основные усилия специалистов именно в этих дисциплинах, в том числе – и особенно в последние годы - в психиатрии, сосредоточены в работе с качественными характеристиками состояния психики клиента (пациента).

Особая значимость других обстоятельств связана с неизбежностью признания опасного цивилизационного излома, в полной мере проявившегося на рубеже XX-XXI-го веков, и обусловленного критическим вмешательством в механизмы эволюционного регулирования уровней адаптации человека.

Феномен качества индивидуального и социального психического здоровья, тесно связанный с возможностью эффективной самоорганизации и развития человека во все более агрессивной среде, в данном контексте представляется уже не сферой узко-профессионального интереса, но масштабным полем для корректной исследовательской деятельности, имеющей весьма важные цивилизационные и социальные последствия.

Именно с учетом этого последнего тезиса и было выполнено комплексное исследование феномена качества индивидуального и социального психического здоровья, результаты которого представлены в настоящей публикации.

Актуальность

Итак, внешний вектор, активизирующий поиски человеческих ресурсов в сфере разработки проблемы качества психического здоровья, связан с тем, что Новейшее время и, особенно, последние десятилетия этого исторического периода характеризуются беспрецедентным ростом напряжения вокруг главных эпохальных вызовов - социальных, биологических, идеологических, эволюционных.

Социальные вызовы связаны с необходимостью поиска адекватных ответов на запредельный рост агрессивности среды – информационной, социальной, экономической, экологической, что в частности, выражается в небывалых масштабах распространения расстройств адаптации, деструктивных социальных эпидемий химической, психологической зависимости, этно-религиозного экстремизма, «рукотворной» межнациональной ненависти и других. *Биологические вызовы* оформляются в тенденции прогрессирующего ухудшения генетического качества каждого следующего поколения в условиях фактической отмены такого регулятора здоровья популяции как естественный отбор. Разрушается принадлежность людей к полу. Все более стираются гендерные различия. Само рождение человека осуществляется различными путями, в том числе за счет искусственного зачатия и использования суррогатных матерей, в то время как деформирующее влияние таких способов воспроизводства на психику восходящего поколения становится все более явным. Все чаще клиентами специалистов в сфере помогающих и развивающих технологий 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. *Главные идеологические вызовы* 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». *Эволюционные вызовы* эпохи заключаются в первую очередь в тенденциях прогрессирующего «ужимания» во времени периода прохождения субъектом основных этапов и фаз адаптивного цикла, настойчивых требованиях роста креативного «выхода» данного цикла. Наконец, *локальные вызовы* новейшего времени связаны, в основном, с политической, социальной и экономической ситуацией конкретного региона, которая может динамично меняться в относительно короткие временные периоды, предъявляя дополнительные требования к адаптационным возможностям человека и общества. В связи с чем следует признание всё более возрастающей роли осмысленного использования соответствующих развивающих и помогающих технологий, нацеленных на формирование высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья (С.П. Капица, 2010; А.Л. Катков, 2012; Резолюция 5-го Международного Санкт-Петербургского научно-практического конгресса психотерапевтов, психологов-консультантов и практических психологов «Психология и психотерапия в эпоху глобальных вызовов», 2015).

Внутренний вектор активности, мобилизующий исследователей на разработку системных характеристик феномена качества психического здоровья, связан с динамикой развития научно-практических направлений, предметом которых, так или иначе, является индивидуальное и социальное психическое здоровье – психиатрии, психотерапии, психологии.

Так, в последние десятилетия научное сообщества становится все более критичным в отношении основных подходов биологической психиатрии, которые признаются, как минимум, негибкими, плоскими и механистическими, с явным «перекосом» исследовательской активности в сторону обнаружения только генетических или нейрофизиологических факторов. При том, что четкие биологические маркеры возникновения психических расстройств так и не были обнаружены (P. Alvin, 1995). Многие исследователи, признавая вопрос – являются ли психические расстройства болезнями мозга – открытым, высказываются в духе того, что «роль личности в формировании психических расстройств не периферийная, наподобие всего-навсего пассивной жертвы болезни, излечением которой занимается медицина, но взаимодействие личность-расстройство играет решающую роль в формировании психопатологических симптомов …. и поэтому может быть важной целью для исследований и вмешательств» (M. Maj, 2012, 2013).

В данной связи, например, весьма знаменательна полемика, развернувшаяся вокруг понимания религии и обращенных к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями. Исследователи указывают на то, что многие люди обращаются к религии как к жизненному ресурсу, который способствует усилению множества адаптивных функций – саморегуляции, привязанности, эмоционального комфорта, обретения несущих смыслов, духовности – т. е., по крайней мере, некоторых характеристик качества психического здоровья (K. Kennet, I. Pargament, J.W. Lomax, 2013; H.M. van Praag, 2013; S.L. Dein, 2013; P. Hugueltt, O. Mandhouj, 2013). Здесь же стоит обратить внимание и на реакцию экспертного сообщества на нашумевшие случаи массовых убийств, причины которых специалисты более склонны объяснять особенностями личностных характеристик инициаторов и исполнителей этих акций, а не наличием у них расстройств психотического регистра (J. Parnas, 2013; I. Melle, 2013).

При том, что трезво мыслящие исследователи прямо предупреждают о том, что не стоит ждать внезапной и скорой смены парадигмы в психиатрии (A. Frances, 2013), другая группа авторов обосновывает факт того, что расфокусировка психиатрии на пациенте как личности чревата затяжными кризисными явлениями, неопределенностью психиатрической практики и призывает к тому, чтобы нейробиологические, психологические и социальные детерминанты здоровья были объединены и достойно представлены в новой консультативной профессии, занимающейся психическим

здоровьем в полном объеме данного термина (О. Виггинс, М. Шварц, 1999; М. Шварц, О. Виггинс, 1999; D. Doubl, 2002; D. Bolton, 2013). Исследователи и действующие психиатрические службы, в связи со сложившимися реалиями, должны быть переориентированы в отношении своего основного предмета от полюса «безумия» к полюсу «психического здоровья» (Й. Ормел, Й. Неелеман, Д. Виерсма, 2003; M. Maj, 2012; A. Fiorino, M. Lukiano, V. Del Vecchio, 2013). В данной связи специалисты – психологи, более ориентированные в специфике нормативного полюса объемной категории, обозначаемой как психическое здоровье, становятся все более востребованы в одноименных службах (П.И. Сидоров, Е.В. Загонникова, А.Г. Соловьев, 1998; П. Шюлер, 2001; А. Кронфельд, 2002; А.Я. Варга, Е.М. Вроно, И.Н. Ровенских и др., 2004). А сами эти службы все более продвигаются в сторону парадигмы ментальной медицины, в большей степени ориентированной на работу с качественными характеристиками индивидуального и социального психического здоровья (П.И. Сидоров, И.Б. Якушев, 2008, 2009). Деятельность специалистов-психиатров с такого рода акцентами базируется на особой концепции восстановления (recovery), которая подчеркивает значимость ресурсов пациента, его возможностей контролировать собственную жизнь и справляться с жизненными трудностями. При этом основные усилия специалистов направлены на укрепление устойчивости пациента, а не только на лечении психопатологических синдромов (доклад Presidents New Freedom Commission на тему «Выполнение обещаний: трансформация службы психического здоровья в Америке», 2003). Идеология этого движения в психиатрии основывается на теории социально-когнитивного участия Альберта Бандуры (1989, 2001), который утверждал, что люди не являются автоматами, которые управляются нейрокогнитивными процессами. Первичным двигателем, посредством которого реализуется влияние среды, является самоэффективность, понимаемая как глубинное генерализованное чувство доверия к самому себе, способность быть эффективным в конкретных ситуациях (A.S. Bellack, A. Drapalski, 2012; R. Liberman, 2012; M. Slade, 2012; M.C. Angermeyer, G. Schomerus, 2012). Вместе с тем, критики данной модели отмечают, что основное ее ограничение состоит в том, что она опирается на расплывчатые психологические конструкты, которые невозможно четко определить (S.M. Silvtrstein, A.S. Bellack, 2008).

Психотерапия, как становящееся научно-практическое направление, пока еще не имеющее собственной разработанной методологической базы, тем не менее продвигается в сторону поиска и обоснования своих универсальных терапевтических целей и подходов. (А. Притц, Х. Тойфельхарт, 1999; В. Датлер, У. Фельт, 1999; Б.Д. Карвасарский, 2000; В.В. Макаров, 2013;). Среди таких универсальных конечных целей профессиональной психотерапии называется: «формирование самоактуализирующейся личности клиента» (С. Паттерсон, Э. Уоткинс, 2003). В то же время и среди общих характеристик собственно терапевтического процесса обращается внимание на важность актуализации у клиента состояний «трансценденции», «самотрансценденции», понимаемых как возможность выхода за пределы ситуации и деморализованного личностного статуса (В. Франкл, 1963). А так же – «ментализации», понимаемой как способность клиента к терапевтической рефлексии в отстраненной, дистанцированной метапозиции к предмету травмирующих переживаний, описанной британскими специалистами А. Бейтманом, Дж. Холмсом, П. Фонаги в последние десятилетия. Т.е., во всех процитированных фрагментах речь идет о тех качественных характеристиках категории психического здоровья, которые с одной стороны обеспечивают эффективность терапевтического процесса, а с другой – высокие адаптационные кондиции клиента.

Далее, следует отметить одну из базисных тенденций развития профессиональной психотерапии, которая сформулирована следующим образом: от психотерапии эксклюзивной (т.е. помогающей практики, обслуживающий интересы сравнительно немногочисленной группы невротизированных пациентов) – к психотерапии социальной, т.е. институализированной в общем пространстве медицины, психологии, социальной

работы, практики с помогающими, развивающими, саногенными и социально-стабилизирующими функциями, и охватом существенной части населения. Метамодель современной социальной психотерапии, основной предмет функциональной активности которой являются свойства психологической устойчивости к агрессивному воздействию среды, уровни индивидуальной и социальной самоорганизации, в наибольшей степени ориентирована на работу с качественными характеристиками психического здоровья. Следовательно, состоятельность данного вектора развития профессиональной психотерапии прямым образом зависит от степени адекватности и полноты разработки проблемы качества индивидуального и социального психического здоровья (А.Л. Катков, 2012).

Что же касается оценки вклада в рассматриваемую проблематику такой обширной сферы как психологическая наука и практика, то с одной стороны здесь признается важность и значимость разработки концептуального содержания категории «психологическое здоровье», которое появилось в ответ на неудовлетворенность исследователей традиционным набором клинических определений психического здоровья. Более того, признается, что концептуальное содержание данной категории является конечной точкой успешной психотерапии и консультирования в том виде, как она определяется в каждом отдельном направлении (И.В. Дубровина, 1997; Д. Шапиро-мл., 2002). Основные задачи в практике психологического консультирования заключаются, в том числе, и в том, чтобы дать содержательное наполнение понятию «психологическое здоровье», определить уровни психологического здоровья и потенциала развития клиента, и рассмотреть специфику психологической помощи, исходя из этих уровней (О.В. Хухлаева, 2001; Т. Дауд, 2002). С другой стороны, практически всеми исследователями признается факт того, что в категориальном аппарате психологической науки наблюдается высшая степень неупорядоченности и эта проблема касается, конечно, и определения такой сложной категории как психологическое здоровье с его существенными характеристиками (А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, 2007).

Настоящая ситуация доминирования таких общепризнаваемых кризисных явлений в психологической науке осложняется еще и тем, что в последние годы произошло существенное повышение требований к качеству и специфичности исследований в области психологических практик. В ходу такой термин как «доказательная практика в психологии», или «практика на основе фактических данных в психологии» – Evidence-Based Practice in Psychology (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). В контексте данного подхода применяются методы многомерной статистики, обеспечивается жесткий контроль экспериментальных условий для сведения к минимуму внешних источников дисперсии и возможно более точного изучения спектра влияние специфических вмешательств на строго определенные, конкретные характеристики определенных свойств психики в исследуемых группах (Т. Дауд, 2002), в том числе, характеристики психологического здоровья.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что системное и методологически выверенное исследование феномена качества индивидуального и социального психического здоровья в настоящей ситуации более чем актуально, такое исследование способно обеспечить искомый импульс развития психиатрии, психотерапии и практической психологии, а в среднесрочной перспективе – существенно повысить социальную эффективность в отношении ответов на глобальные и локальные вызовы эпохи.

1. Оценка уровня предшествующих достижений: степень разработанности эпистемологических подходов, общей и частной методологии определения качества индивидуального и социального психического здоровья

Концептуальные, общеметодологические подходы

1.1. Идентификация понятия и сущностное определение феномена индивидуального и социального психического здоровья, и его качественных характеристик в условиях явного дефицита системных исследований в данной сфере сталкивается с известными трудностями. Многочисленными исследователями подчеркивалась необходимость и важность позитивного (а не только как отсутствие болезни) определения понятия «психическое здоровье» (M. Jahoda, 1958). Известный американский психиатр и основоположник современной психиатрии в США K. Meninger (1946) определял психическое здоровье как: удовлетворенность, ощущение счастья, уравновешенный темперамент, интеллектуальность и «примерное» социальное поведение. По T. Parsons (1967) психическое здоровье можно определить как состояние оптимальной работоспособности индивида в смысле эффективного выполнения ролей и задач, соответствующих его социальному статусу. P. Becker (1995) формулирует три главных компонента душевного здоровья: психическое и физическое хорошее самочувствие (с такими характеристиками как полнота чувств, альтруизм, отсутствие жалоб); самоактуализация (развитие, автономия); уважение к себе и другим (чувство собственной успешности, способности любить). Мейнард Перре и Урс Бауман (2002) подчеркивают, что психическое здоровье следует рассматривать исходя из 3-х различных перспектив: здоровье; хорошее самочувствие; роль здорового. По мнению A. Schorr (1995) психическая норма – это нейтральная область усредненного нормального состояния между экстремальными случаями плохого психического самочувствия (проявления отдельных психических болезней) и идеальными состояниями хорошего психического самочувствия в смысле оптимального развития и полностью функционирующей личности. Последнее определение психического здоровья весьма перспективно с точки зрения выведения соответствующих уровней психического здоровья.

В русскоязычной литературе психическое здоровье по В.П. Белову, А.В. Шмакову (1977) определяется как единственная и полноценная жизнедеятельность человека, с присущими ему видовыми и индивидуальными биологическими, психологическими и социальными функциями. А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский (1990) дают следующее определение: «психическое здоровье – состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности». В.Я. Семке (1996) определяет психическое здоровье как состояние динамического равновесия индивида с окружающей природной и общественной средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности жизненные способности проявляются наиболее полно, а все важные подсистемы организма функционируют с максимальной интенсивностью. Б.Д. Петраков и Л.Б. Петракова (1988), указывая на сложность и многоаспектность определения психического здоровья, на основании анализа большего числа таких исследований, делают вывод, что психическое здоровье – это динамический процесс психической деятельности, которому свойственны детерминированность психических явлений, гармоническая взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивидуума к ней, адекватность реакций на окружающие социальные, биологические, психические и физические условия, благодаря способности человека самоконтролировать поведение, планировать и осуществлять свой жизненный путь в микро- и макросоциальной среде. Таким образом, почти во всех приведенных определениях в той или иной степени присутствуют биологические (факт наличия или отсутствия психических расстройств) и социально-психологические (факт адекватного взаимодействия человека с основными

агентами макро и микро социальной среды) характеристики, а так же – неявное указание на необходимость дифференциации уровней обсуждаемого феномена. Однако, научно-обоснованные аргументы в пользу такого дифференцированного подхода авторами данных определений, как правило, не приводятся, а взаимозависимость или, наоборот, сущностные различия биологических и социально-психологических характеристик феномена психического здоровья обсуждаются, в основном, гипотетически.

Между тем, именно в последние десятилетия все большее количество исследователей обращает внимание на сложные, нелинейные отношения психологических и биологических характеристиках человека, отходя от традиционного акцента только лишь на внешний вектор воздействия в системе факторов: среда – опосредованные биологические и психологические характеристики – субъект с его адаптационными кондициями. В частности отмечается, что этап, когда «доминирующая философия психики была подозрительна в своем отношении к субъективному переживанию», миновал и что новая эпистемологическая метапозиция исследователей психики человека выстраивается в духе постнеклассического научного подхода и обновленных – с учетом значимости эпигенетических факторов – представлений об эволюционных процессах (L.A. Mishara, M.A. Schwartz, 1999; S. Reid, 1999; M. Brune, J. Belsky, H. Fabrega, et al., 2012). Обосновывается возможность модификации экспрессии генов путем 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 исследованиях делаются выводы о возможности психотерапии вызывать специфические изменения экспрессии генов – что влечет 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, поведенных в самые последние годы (P. Kallman, M.J. Alvares-Lopes, M. Cosin-Tomas et al., 2013). Обнаруженный и основательно изученный в этот же период времени феномен нейрогенеза – как способности взрослого мозга человека генерировать новые нервные клетки и демонстрировать, таким образом, функцию нейропластичности – кардинально изменил представления о глубине и сфере применения специфических психологических и психотерапевтических технологий. В частности, исследователями утверждается, что знание закономерностей процесса активизации нейрогенеза мозга взрослого человека делает возможным создание научно-обоснованных методов психотерапии и психологической реабилитации пациентов не только с определенной неврологической патологией и расстройствами психики и поведения, но и с достаточно тяжелыми соматическими заболеваниями (Г.Г. Аракелов, 2004; Р.Д. Тукаев, 2007, 2008; J. M. Ford, V.B. Peres, D.H. Mathalon, 2012; D.C. Goff, 2013). Все вышесказанное только лишь подтверждает впечатляющую эвристику, конструктивность и продуктивность этого нового эпистемологического разворота с акцентами на приоритеты в сфере эффективной самоорганизации человека.

В этот же период предпринимались попытки определения уровней психического здоровья, адресованные к каким-либо сущностным обстоятельствам, их обеспечивающим, и поиска критериев, по которым можно судить об интенсивности распределения дифференцированных уровней психического здоровья среди населения. Так, в отношении критериев, по которым возможно определение уровней индивидуального и социального психического здоровья, чаще всего назывались характеристики феномена адаптации (Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, 1993). При этом в отношении приспособительных реакций человека употребляют и более сложные термины: «социально-психологическая адаптация», «социально-психическая адаптация», «психическая адаптация». В сущности, речь идет об одном и том же феномене, под которым понимаются процессы и явления, наблюдаемые на уровне нервно-психической деятельности, возникающие в результате

активного решения задач, связанных с проблемными ситуациями. В границах феномена психической адаптации различают состояния адаптированности и дезадаптации (В.М. Воробьев, 1993), равновесные и неравновесные состояния (А.О. Прохоров, 1996). Считается, что высокому уровню психического здоровья соответствуют сравнительно большие адаптационные возможности человека (О.И. Сиренко, 1993). Более дифференцированные классификации уровней адаптации, по мнению С.Б. Семичова (1982, 1987), С.В. Запускалова, Б.С. Плотникова (1991), В.П. Вахова (1997), дают возможность структурирования уровней социального психического здоровья. Так, названными авторами выделяются два вида (субъективная – внутренняя социальная адаптация и внешняя социальная адаптация) и три уровня адаптации (полная социальная адаптация, неполная социальная адаптация, нарушение социальной адаптации). Комбинации видов и уровней адаптации формируют пять уровней психического здоровья: уровень стабильного психического здоровья, уровень риска, уровень предболезни, донозологический уровень, уровень болезни. Эпидемиологические исследования, проводимые в Российской Федерации с использованием данной классификации, показали следующее распределение идентифицируемых уровней психического здоровья среди населения: уровень стабильного психического здоровья – 11,3%; уровень риска – 31,6%; уровень предболезни – 34,6%; уровень донозологический – 6,2%; уровень болезни – 16,3% (С.В. Запускалов, Б.С. Плотников, 1991). По данным комплексного эпидемиологического исследования с использованием специального опросника (ПМО), позволяющего дифференцировать уровни индивидуального и социального психического здоровья, проводимого среди населения Республики Казахстан с возрастом 12-55 лет, было выявлено, что распространенность субклинических форм психических и поведенческих расстройств в группе населения с низким уровнем психического здоровья составляет 11,24%, что в 5,62 раза превышает официальный статистический показатель аналогичного порядка. При этом наибольшая разница между данными официальной статистики и результатами эпидемиологического исследования прослеживалась по профилю аффективных расстройств – в 85,6 раза; невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств – в 19,3 раза; расстройств личности и поведения – в 17,7. Кроме того, было установлено, что уровень распространения признаков, свидетельствующих об отчетливых нарушении социальной адаптации среди данной группы населения, составляет 17,5%, что более чем в два раза выше аналогичного показателя по общей исследуемой группе населения (А.Л. Катков, Б.Б. Джарбусынова, 2006). Последние примеры, с нашей точки зрения, демонстрируют практическую значимость подходов, направленных на дифференциацию уровней психического здоровья населения и проведение соответствующих эпидемиологических исследований.

Во многих источниках подчеркивается, что необходимость исследования отдельных качественных характеристик психического здоровья возникла, в частности, в связи с тем, что далеко не всегда можно провести грань между нормой и патологией, основываясь лишь на содержании психических процессов (Ф.В. Кондратьев, 1994), а также и потому, что решающим в успешности человека как субъекта деятельности, зачастую, оказывается качество его психических процессов (А.Л. Катков, 1998). Между тем, исследования показывают, что именно в данной сфере концентрируются основные, угрожающие признаки деструктивности, дефицитарности (Б.С. Положий, 1993), которые – как пример – являются базой для суицидального поведения "психически здоровых" людей (А.Г. Амбарумова, Л.И. Пустовалова, 1991). В ходе такого рода исследований для характеристики качественных психических отклонений, за неимением других, применяются такие медицинские термины как: "аномальные реакции", "варианты субклинического реагирования", "преневротическое состояние", "препсихопатическое состояние", "третье состояние", "условно-патологическое состояние", "донозологическое состояние", "период повышенного риска", "социально-психологическая дезадаптация", "непатологические невротические проявления", "явления психической дезадаптации"

(В.П. Вахов, 1997). К таким состояниям примыкают "психологические кризисы" продолжительностью до 1 года, характеризующиеся достаточно выраженными "психологическими" изменениями. Считается, что в отличие от невротических или травматических кризисов, психологические кризисы являются нормативными процессами, необходимыми для личностного развития (Е.А. Сахаров, 1997). По мнению В.А. Абрамова явления психического дискомфорта, возникающие у многих практически здоровых людей в ответ на воздействие среды, отражают неустойчивое равновесие в системе психического гомеостаза, поэтому их не следует выводить за пределы индивидуальных вариаций, считающихся "нормальными" (В.А. Абрамов, 1992).

1.2. С начала 50-х годов пошлого столетия вошел в употребление термин «психологическое здоровье», отражающий качественные характеристики психики человека, имеющие непосредственное отношение к вектору социализации, как позитивной, так и негативной (Д. Шапиро, 2003). При отсутствии разработанной методологии и конвенциальных критериев, используемых при определении категории психологического здоровья, семантические границы данного термина, приводимые различными авторами, выстраиваются достаточно произвольно. Так, по мнению А. Маслоу (1948), феномен психологического здоровья связан с гармоничной, самоактуализированной личностью. C.R. Rogers (1951) считал, что психологическое здоровье удовлетворяет критериям полностью функционирующей личности с тремя основными признаками такой самодостаточности: 1) открытость для собственного опыта; 2) жизнь в соответствии с осознанными экзистенциальными принципами и опытом; 3) доверие своему организмическому опыту как основе собственных решений и действий. M. Jahoda (1958) выделяет уже шесть таких критериев: 1) позитивная установка по отношению к собственной личности; 2) духовный рост и самореализация; 3) интегрированная личность; 4) автономия и самодостаточность; 5) адекватность восприятия реальности; 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира. J. Brandstädter (1982) считал, что в характеристиках психологического здоровья следует учитывать два принципиальных основания: концепция оптимального развития индивида и ценностные суждения, основанные на нормативных представлениях о человеческом бытие. Р. Уайт (2003) под психологическим здоровьем понимал направленное, позитивно-самовознаграждающее поведение, удовлетворяющее потребность в контроле над окружающей средой, для которого характерны компетентность, мотивация, активная способность к действиям. По мнению R. Bastine (1984) особых различий между психически больными и психически здоровыми людьми нет. Следовательно, нет особых оснований выделять самостоятельную категорию «психическое» или «психологическое» здоровье. Имеет значение лишь степень возможности справляться с актуальными жизненными проблемами. Отметим, что данное определение также обосновывает необходимость дифференциации соответствующих уровней психической адаптации.

В русскоязычной литературе высказывается мнение, что здоровый психически человек может быть одновременно личностно ущербным (Б.С. Братусь, 1997). Однако конечные критерии психического и психологического здоровья часто совпадают. Согласно В.В. Горинову (1993), точкой компромисса здесь является то, что здоровый и в том, и в другом смысле человек – это человек свободный, независимый, активно действующий в различных социально-психологических ситуациях. В качестве таких критериев в отношении подростков приводятся: 1) развитие полезных знаний и навыков; 2) позитивное отношение к учебной деятельности; 3) адекватное отношение к педагогическим воздействиям; 4) наличие положительно ориентированных жизненных планов; 5) коллективистские проявления; 6) критичность, способность правильно оценивать других; 7) самокритичность, самоанализ; 8) способность к сопереживанию, эмпатия; 9) волевые качества; 10) внешняя культура поведения; 11) отказ от вредных привычек (С.А. Беличева, 1995).

Ряд исследователей выделяют категорию психологического (духовного) здоровья в ряду прочих, как естественного приоритета в свете задач по активному формированию здоровья населения (В.И. Покровский, 1994; В.А. Лищук, 1994-1995). По мнению В.А. Лищука (1995), духовное здоровье – наиболее адекватная мера индивидуального и общественного благополучия. Психологическое здоровье связано с ориентировкой в информационных потоках, нравственностью (И.И. Брехман, 1987). По мнению И.В. Дубровиной (1995), если термин "психическое здоровье" имеет отношение к отдельным психическим процессам, то термин "психологическое здоровье" относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья, в отличие от медицинского, социологического, философского и др. В связи со сложностями определения данной категории здоровья через привычные медицинские критерии, духовное здоровье определяют и как "социально-психологический климат" (Р.С. Немов, 1995), и как "менталитет" (И.Г. Дубов, 1993). Содержание этого последнего, весьма спорного тезиса, созвучно с понятием «социальных идиом» Сержа Московичи (1996). Особая значимость менталитета или сложившихся идиоматических построений в обеспечении индивидуального и социального психологического здоровья аргументируется названными авторами тем, что когнитивная сфера, детерминирующая поведение людей, определяется, прежде всего, теми знаниями, которыми владеет изучаемая общность. Совместно с верованиями, знания составляют представления об окружающем мире, которые являются базой менталитета, задавая вкупе с доминирующими потребностями и архетипами коллективного бессознательного иерархию ценностей, характеризующую данную общность. Комментарии к данному определению (И.Г. Дубов, 1993) дают ключи к формированию феноменов психологического здоровья в обществе. Автор полагает, что в структуре имеющихся знаний следует, прежде всего, выделить перцептивные и когнитивные эталоны (а применительно к общественным отношениям – социальные нормы), играющие важную роль в регуляции поведения и наряду с ценностями, характеризующие менталитет данной культуры. При рассмотрении реальных фактов эталоны становятся критериями выносимых оценок и определяют систему туманных умозаключений и ясных взглядов на мир, обуславливающих модальность смысловой системы отношений к миру. В упрощенном, схематизированном виде взгляды на мир, оценка окружающей действительности выглядят как стереотипы сознания, выделяясь в сфере общественных отношений как социальные стереотипы. А это и есть предмет первичного информационного воздействия с целью изменения деструктивных, саморазрушающих (в смысле интегрального здоровья) стереотипов социального поведения. Некоторые определения культуры в свете сказанного (А.В. Сухарев, 1997), также могут быть охарактеризованы как имеющие отношение к психологическому (духовному) общественному здоровью. Предлагается понимание культуры как способа организации и развития человеческой жизнедеятельности, представленной, в том числе, в системе общественных норм, институтов, духовных ценностей, в совокупности отношений людей к природе, к себе, к другим людям.

Рассматривая способность человека противостоять вредным воздействиям среды, Ю.А. Александровский (1996) в качестве основных характеристик психологического здоровья выделял такие, как наличие глубоких нравственных убеждений, готовность в преодолении жизненных испытаний, наличие умения адекватно использовать собственные психологические ресурсы, личная инициатива, позитивный вектор отношения к жизни, пластичность психических процессов. Если во всех вышеупомянутых определениях лишь в той или иной степени отмечается способность противостоять или проявлять компетентность в совладании с требованиями среды, то по С. Мадди (1994), Д.А. Леонтьеву (2002) понятие «жизнестойкость» является стержнем и наиболее адекватной характеристикой феномена психологического здоровья.

Наряду с индивидуальным и общественным психологическим здоровьем выделяется также психологическое здоровье семьи (В.С. Торохтий, 1996), понимаемое как интегративный показатель жизненно важных для нее функций, выражающий качественную сторону протекающих в ней социально-психологических процессов и, в частности, способность семьи противостоять нежелательным воздействиям социальной среды.

Что касается способов измерения уровней психологического здоровья, то практически каждая, достаточно произвольная концепция рассматриваемой категории предполагает наличие оценочного инструмента в виде соответствующего теста или методики с более или менее доказанной валидностью и сферой применения.

В целом же, следует отметить, что, несмотря на активную разработку проблемы психологического здоровья в конце прошлого и в начале нынешнего столетия, в методологических вопросах по определению уровней психологического здоровья и эпидемиологических вопросах по выявлению особенностей распределения данных уровней среди населения, ситуация, по выражению А. Маслоу (1948), напоминала «партизанские вылазки», прокладывающие дорогу будущим масштабным проектам.

1.3. Еще один подход в исследовании проблемы качества индивидуального и социального психического здоровья заключается в определении неких функциональных характеристик, имеющих, с точки зрения исследователей, определенный сектор адаптивной активности, и выявлении взаимозависимости этих характеристик с параметрами психологического здоровья.

Одной из таких исследуемых функциональных характеристик является «психологическая гибкость» (Psychological flexibility), которая предполагает, что носитель данной функции не пытается избегать сложностей или негативного опыта, но, активно взаимодействуя с этими обстоятельствами, контролирует и использует данный опыт для личностного развития (S.C. Hayes, J.B. Luoma. F.W. Bond, A. Masuda, J. Lillis, 2006; N. Ghawla, B. Ostafin, 2007; T.V. Koshdan, V. Barrios, J.P. Forsyth, M.F. Steger, 2010). Другой исследуемой характеристикой является «психологическая устойчивость» (Psychological resilience), которая понимается как достаточно широкая конструкция позитивных качеств, способствующих успешному управлению неожиданными изменениями и даже тяжелым стрессом, случающимися в жизни человека (S.S. Luthar, D. Cicchetti, B. Becker, 2000; R.R. Greene, 2002; K.M. Connor, J.R.T. Davidson, 2003; M.M. Tugade, B.L. Fredricson, 2004; M. Rutter, 2007). Далее, исследуется взаимосвязь отдельных факторов, обеспечивающих устойчивость человека, например, таких как самооценка, личностные ресурсы, межличностные отношения, духовный рост, управление стрессом и пр., с психическим здоровьем населения в целом (R. Acirnerno, K.J. Ruggiero, D.G. Kilpatrick, et al., 2004; N. Lenger, 2004; B. Kinsel, 2005; I. Silberman, 2005; M.J. Heisel, 2006; T. Harrison, A. Stuifbergen, 2006).

По многочисленным экспертным оценкам, продуктивность этого последнего исследовательского подхода пока что нельзя считать образцовой, так как сам выбор вышеприведенных факторов, во многом остается субъективным, а методология исследования – небезупречной в смысле приверженности критериям доказательной исследовательской практики.

1.4. Понятие «качество жизни» появилось в 60-х годах XX века первоначально в рамках социологических научных направлений. Оно рассматривалось как характеристика, которая отображала степень удовлетворенности духовных, интеллектуальных, культурных, эстетических и других потребностей людей (Г.В. Залевский, О.Н. Логунцова, В.А. Непомнящая, 2002). Первое определение качества жизни в литературе соотносило данное понятие с «гармонией внутри человека и между человеком и миром», то есть то, что может быть обозначено как «функциональное состояние» и «средовые жизненные условия» на современном научном языке (Y. Elkinton, 1966). Под качеством жизни ВОЗ предлагает понимать «восприятие людьми своего положения в контексте культурных

ценностных ориентаций и в соответствие с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». При этом обращается внимание на то, что показатели качества жизни являются исключительно субъективными, их дефиниции могут быть сколь угодно разнообразными в зависимости от задач и целей исследователей (Цит. по В.Я. Семке, 2000). Концепция качества жизни не получила универсального определения, поскольку ей не хватает ясности и нередко возникает путаница в определениях и базисных понятиях. Тем не менее, количество публикаций на данную тему в медицинской литературе стремительно увеличивается – например, только в 1995 году было опубликовано до 2000 работ (H. Katsching, 1997).

В психиатрической науке и практике концепция качества жизни, несмотря на свои недостатки, оказалась востребованной в силу общей тенденции к переключению внимания исследователей с узко клинических аспектов психопатологии на детальное изучение пациента с позиции оценки его личностных и социальных особенностей (Н. Сарториус, 2000; В.Я. Семке, 2000). Многими психиатрами концепция качества жизни, в силу всего сказанного, воспринимается не в статусе научно-обоснованной парадигмы, но в виде гуманистического дополнения к медицинской практике (H. Katsching, 1997). В тоже время другие исследователи считают, что именно в силу своей гуманистической направленности проблема качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами должна занимать особое место в современной психиатрии (L.N. Voruganti, R.J. Heslegrave, A.G. Awad, 1997; H. Hinterhuber, C. Barvas, 1996).

По мнению M. Bullinger (1993) в сфере охраны психического здоровья требуется существенно более широкая и многомерная концепция качества жизни – в сравнении с теми, которые предлагаются в настоящее время – которая способна охватить большинство параметров жизни, а не только часть из них. Вместо использования единичных показателей здесь более адекватным является применение определенных профилей, характеризующих существенные аспекты жизни индивида с проблемами в сфере психического здоровья.

Ряд авторов считает, что параметры, используемые в концепции качества жизни, отражают, в основном, психологическое благополучие субъекта, и в существенно меньшей степени оценивают уровень его психического здоровья (N.M. Bradburn, 1969; R. Kaplan, Y. Bush, C. Berry, 1976; H. Dupni, 1984; S.M. Hunt, 1997). Дискуссия в отношении того, следует ли использовать концепцию качества жизни для проведения научных исследований, в том числе и в сфере психического здоровья, привела к тому, что в последние годы отдается предпочтение определенным индикаторам социального и социально-психологического плана, имеющим непосредственное отношение к оценке качества жизни субъекта (J.E. Ware, 1987; G. Fillenbaum, 1990; В. Гебель, 1996).

Частнометодологические подходы

1.5. Конечно, не только в связи с последними достижениями в нейрокогнитивных науках, но еще и значительно ранее, прежде всего в ответ на неудовлетворенность доминированием исключительно нозоцентрического подхода в оценке индивидуального и социального психического здоровья, стала разрабатываться общая и частная методология соответствующих количественных и качественных исследований в поле обсуждаемых ментальных дисциплин – психиатрии, психотерапии, практической психологии – с растущим пониманием того, как эти два исследовательских подхода могут эффективно дополнять друг друга (K. Buston, W. Parry-Jones, M. Livinston, et al., 1999).

1.5.1. В частности, к середине XX века сформировалось направление, в наибольшей степени отвечающее вышеприведенным задачам исследований в сфере психического здоровья – эпидемиология психических заболеваний и дифференцируемых уровней психического здоровья,, и был разработан его концептуальный и методологический аппарат (Методика эпидемиологических исследований психических заболеваний: Хроника ВОЗ, 1961; Е.Д. Красик, 1964; Н.М. Жариков, 1965, 1977; Н.М. Жариков и др., 1968;

Б.Д. Петраков, 1972; Л.М. Шмаонова, 1983; Г. Карстерс, 1971; Э. Стремгрен, 1975; Дж. Винг, 1975; H. Ey et al., 2000, B. MacMahon, T.F. Pugh, 1970; N. Sartorius, 1972 и др.). Между тем, вплоть до последних десятилетий эпидемиологические исследования в рассматриваемой сфере были ориентированы, в основном, на оценку распространенности психических заболеваний среди различных групп населения и в существенно меньшей степени на выявление качественных характеристик социального психического здоровья, независимо от масштабов проводимых исследований.

Так, например, в соответствующих публикациях постоянно подчеркивается ценность эпидемиологического изучения психических расстройств в целом и в рамках отдельных нозологических форм (M. Kramer, 1976; В.Г. Ротштейн, 1985). В условиях социальной и экономической нестабильности такие исследования позволяют выявить факторы, способствующие формированию психических нарушений, что крайне важно как для клинической, так и для социальной и организационной психиатрии (С.В. Запускалов, Б.С. Положий, 1991; Ю.А. Александровский, 1996). Эпидемиологические методы позволяют получить основные представления о частоте психических расстройств и численности больных, о популяционных закономерностях течения болезней, и о клинико-демографической структуре контингентов, нуждающихся в том или ином виде психиатрической помощи. Таким образом, формируется та база, на которой основывается планирование научных исследований и организационных мероприятий (А.А.Чуркин, 1990).

B. MacMahon с соавт. (1970) выделили четыре этапа эпидемиологических исследований, отражающих стратегическую суть эпидемиологии, которые с полным основанием могут быть использованы для исследования количественных и качественных характеристик социального психического здоровья: описательная эпидемиология, с помощью которой распространение конкретной нозологии или определенных уровней психического здоровья описывается при сравнении степени интенсивности представленности изучаемых феноменов в разных категориях населения; формулировка гипотез – объяснение наблюдаемой интенсивности распространения болезни или исследуемых уровней психического здоровья на предварительных этапах исследования; аналитическая эпидемиология – проведение наблюдений, предназначенных для проверки развиваемых гипотез; экспериментальная эпидемиология – экспериментальное изучение на больших группах населения с целью проверки тех гипотез, которые подтвердились наблюдательным аналитическим изучением.

Важность идентификации качественного аспекта категории психического здоровья в эпидемиологических исследованиях упомянуто в работах P.V. Lemkau (1955); Е.Д. Красика (1982, 1983, 1985). Эпидемиологические исследования, по мнению данных авторов, результативны только в том случае, если они направлены не только на определения "величины проблемы", но и на анализ качественных данных, позволяющих дать теоретические сведения по наиболее актуальным вопросам, касающимся сферы психического здоровья. Эти сведения, по мнению Е.Д. Красика (1982), следует рассматривать не как самоцель, а как базис для реконструкции существующих форм и методов охраны психического здоровья.

Ценность соответствующих эпидемиологических исследований заключается и в том, что в большинстве случаев они сфокусированы на географически определенных популяциях и стремятся учитывать специфику этих популяций. Большое число сравнительных эпидемиологических исследований касается оценки исследуемых эпидемиологических показателей в странах, принадлежащих к одной культуре (в основном, западно-европейской) и реже – районов одной страны (A. Jablensky, H. Hugler, 1982; T.R. Saunderson, I.H. Langford, 1996 и др.). В качестве географически определенных популяций значительное место в проводимых эпидемиологических исследованиях отводится городским популяциям (Цунг-И. Лин, К.К. Стендли, 1962; M. Shepherd, 1978, 1982; D. Mechanik, 1986).

Современные эпидемиологические исследования в психиатрии стремятся к максимальному вовлечению основных плоскостей обеспечения информацией. В частности, учитываются следующие информационные плоскости: 1) учет обращаемости в психиатрические учреждения (все учреждения и центры психического здоровья исследуемого региона); 2) кумулятивный регистр случаев (все учреждения и центры психического здоровья внутри и вне региона, так или иначе обслуживающие население данного региона); 3) сбор информации на клиентуре врачей общей практики; 4) полевые исследования среди населения, учитывающие, в том числе, и качественные характеристики психического здоровья в охватываемых контингентах (H. Häfner, 1989). Несмотря на то, что наиболее информативной считается четвертая плоскость получения информации, здесь есть свои сложности, возникающие из-за: 1) различных критериев дефиниции случая; 2) учитываются разные возрастные группы; 3) показатель морбидности или исследуемой качественной характеристики зависит от временного интервала получения данных (или 1 день, или за определенный период времени). Все эти обстоятельства следует учитывать при сопоставлении данных, полученных при полевых исследованиях (B.P. Dohrenwend, B.S. Dohrenwend, M. Schwarts Gould, B. Link, 1980).

1.5.2. При наличии отработанной общей методологии многомерного статистического анализа для больших исследуемых групп и методологии «доказательной практики» для сравнительных исследований в малой выборке, одной из основных трудностей в эпидемиологических исследованиях, особенно актуальных для сферы идентификации качественных характеристик психического здоровья, является выбор специфических методов сбора информации, позволяющих сопоставить полученные результаты с уже имеющимися в мировой статистике данными. В связи с чем создаются универсальные оценочные шкалы, диагностические модели, стандартизованные опросники, унифицированные глоссарии. Основная задача этих диагностических инструментов – выявлять наличие психических расстройств и определять уровни индивидуального и социального психического здоровья (M. Lorr, C. Klett, 1969; H. Nekki, O. Chai, 1978; L.N. Robins et al., 1981; E. Gilleard, 1983). На сегодняшний день только лишь в отношении первой задачи можно констатировать наличие определенного консенсуса и, в целом, достаточного объема разработанного инструментария.

Так, например, в целях диагностики наличия определенных признаков психического неблагополучия или так называемых дисфункциональных расстройств используется опросник Общего Здоровья D. Goldberg – один из самых популярных инструментов для исследования такого рода (Г.М. Румянцева и др. 1995); Шкала уровня социальной фрустрации (УСФ), разработанную Л.И. Вассерман (1995); Тест SIP для измерения поведенческих дисфункций; Тест MPI для измерения уровня психологического дистресса и благополучия (C. Veit, J.J. Ware, 1983). P. Hodiamont et al. (1987) изучали уровень психического здоровья населения с использованием специальной шкалы, допускающей количественную оценку в пределах 8 баллов. Если показатели превышали 5 баллов, констатировалось наличие психического расстройства. Для изучения уровня распространения аффективных (депрессивных) нарушений использовались два модифицированных опросника – MAACL-R, а также PASS (B. Lubin et al., 1988). С этой же целью использовали шкалы CDI; CES-DC; DSRS; CDS; MFQ (E.J. Costello, A. Agod, 1988). Большие надежды возлагаются на комплексный международный диагностический опросник (CIDI), выполненный по заказу ВОЗ, предназначенный для проведения эпидемиологических исследований, изучения факторов риска (L.M. Robins et al., 1988.). Разработаны «Схема клинической оценки в нейропсихиатрии» (J.K. Wing et al., 1990), «Исследование расстройств личности по международной схеме» A.W. Loranger et al. (1991) С целью изучения связи между уровнем психического здоровья родителей и подростков применяли шкалы PAS JSR.

Рядом авторов подчеркивается ненадежность и неоднозначность интерпретации результатов, полученных с помощью данных методик, неадекватность переноса методов,

исследующих больную (нарушенную) психику на изучение здоровой (нормальной) психики человека (Ж. Ведрин, Д. Вебер, 1997; E.J. Costello, A. Arnold, 1988; J.A. Flaherty et al., 1988; P.S. Jensen et al., 1988; J. Shedler et al., 1993). Более адекватные варианты оценки психического здоровья населения предлагается проводить с позиций "социально-психологического" исследования. При таком подходе условно опускаются генетически обусловленные психические качества, структура личности, а уровень психического здоровья здесь определяют социально значимой формой деятельности. Такой подход наиболее оправдан при разработке психогигиенических и психопрофилактических программ (Я.П. Гирич, Т.В. Поспелова, 1984). В данной связи в ряде исследований опрос, тестирование и шкалирование проводятся с использованием соответствующего инструментария, ориентированного на выявления уровня психической адаптации (А.И. Скорик, И.Н. Никиташина, 1993). На основании такого рода исследований С.Б. Семичовым (1982, 1987) были выделены следующие группы психического здоровья и разработан соответствующий опросник, позволяющий идентифицировать принадлежность субъекта к группам: 1) без отклонений от нормы; 2) типологическая норма; 3) потенциально-повышенный риск; 4) психическая дезадаптация – непатологическая; 5) предболезненные психические расстройства; 6) вероятно болезненное состояние; 7) верифицированная болезнь. В исследованиях В.П. Вахова (1997) уровни психической адаптации (состояние психического покоя; состояние психической адаптации; зона повышенного риска; состояние психической дезадаптации – допсихотический уровень; состояние психической дезадаптации – психотический уровень) соотносятся с зонами адаптации (зона психической адаптации – уровнем 1-3; зона психической дезадаптации – уровнем 4-5), а также с уровнем психического здоровья (уровень психического здоровья – зона адаптации; уровень психической болезни – зона дезадаптации). Возможность отнесения субъекта к этим дифференцируемым уровням так же устанавливается с помощью соответствующего инструментария. Аналогичные подходы в отношении функциональной дифференциации уровней психического здоровья были использованы при разработке Павлодарского многофункционального опросника (ПМО). В частности, в серии пилотных исследований (2001-2003) была продемонстрирована эффективность и функциональная адекватность ПМО в отношении трехуровневого ранжирования категорий психического здоровья (низкий уровень рассматриваемых категорий – показания к специализированной помощи; средний уровень – показания к системной и адресной профилактической помощи; высокий уровень – отсутствие показаний к какому-либо системному воздействию). Показано, что ПМО может быть использован, в том числе и для оценки уровней психологического здоровья, рисков вовлечения в деструктивные социальные эпидемии всех типов (А.Л. Катков, 2006).

В то же время, в отношении этих, последних инструментов, ориентированных на исследование качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, не только не существует установленного профессионального консенсуса, но не прослеживается даже и заинтересованной профессиональной дискуссии, с чего, собственно, и должно начинаться движение в сторону необходимой унификации используемых подходов.

1.5.3. В последние годы получили распространение мобильные технологии моментальной оценки психического состояния субъекта или группы (с возможностью, в этом случае, быстрой статистической обработки результатов), которые «наряду с использованием традиционной исследовательской парадигмы позволяют полнее понять пациента в его индивидуальности … предполагают активное вовлечение пациентов в процесс сбора и интерпретации диагностических данных … формирование конструктивных реакций пациента на те или иные изменения» (J. Swendsen, R. Salamon, 2012; J. yan Os, P. Delespaul, J. Wigman, et al., 2013). Т. е. данный интерактивный диагностический инструмент, помимо того, что фиксирует факт самопомощи, выполняет

еще и терапевтические функции, направленные на формирование эффективного самоорганизующего поведения респондента.

1.5.4. С средины 70-х годов прошлого столетия сначала в исследовательскую, а затем и в рутинную психиатрическую практику стали внедряться технологии оценки качества жизни пациентов с психическими и поведенческими расстройствами. По мнению ученых и практиков, данный подход является в большей степени личностно ориентированным, адресованным к индивидуальным нуждам каждого конкретного пациента со всеми его характерологическими и социальными особенностями, суждениями и оценками, в том числе касающимися заболевания и его последствий, т. е. акцентированным на качественные характеристики психического здоровья (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, 1994).

Методики исследования качества жизни – к настоящему времени достаточно многочисленные даже и в таком, сравнительно узком секторе как оценка качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами – как правило, конструируются из нескольких блоков, включающих в себя оценку различных сторон жизни (социальное функционирование, взаимоотношения, поддержка со стороны родных и социальных работников и пр.). При этом, каждый блок включает в себя как объективную сторону вопроса, так и субъективную. Субъективные показатели качества жизни включают самоощущение пациентов, восприятие ими своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, целей и ожиданий (А.А. Коблова, И.Л. Кромм, И.Ю. Новикова, 2013).

На территории постсоветского пространства исследования качества жизни в сфере психического здоровья, в основном, используются как стандартные опросники, рекомендуемые ВОЗ (IQOLA SF-36 Russia Standart Version 1.0), так и модифицированные варианты, а также оригинальные методические разработки (А.А. Чуркин, Н.К. Демчева, 2004). Исследования по определению качества жизни проводятся у детей с отклонениями в психическом и речевом развитии (Е.А. Бочарова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, Л.В. Постникова, 2003; Б.Д. Цыганков, Н.А. Туманов, 2004). Показатели качества жизни изучаются в группах подростков с психическими расстройствами и стрессогенными факторами (Т.Н. Дмитриева, И.В. Дмитриева и др., 1999; О.С. Работкин, С.Ю. Палатов, Л.Е. Малышева, 2004). Существует большое количество исследований, оценивающих качество жизни больных с эндогенными психозами (В.У. Пашковский, В.А. Дехерт, 2000), в частности с шизофренией (А.Б. Шмуклер, Л.В. Лосев, 1999). Качество жизни больных с эпилепсией в процессе медико-социальной реабилитации исследовали С.А. Громов, В.А. Михайлов и др. (2002). Значительное количество работ посвящено исследованию показателей качества жизни у лиц с депрессивными расстройствами (В.А. Павлов, Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев, 2004). Качество жизни изучается у зависимых от ПАВ (А.Г. Соловьев, П.И. Сидоров, И.А. Кирпич, 2000; И.И. Никифоров, 2005), а также у лиц с психосоматическими расстройствами (В.Ю. Ганчо, Ю.П. Успенский и др., 2002). В последние годы показатели качества жизни исследуются не только у лиц с психическими и поведенческими расстройствами, но и у их родных и близких, несущих бремя психических болезней наравне с персоналом специализированных медицинских учреждений (Т.А. Солохина, А.С. Шевченко и др., 1998; В.Е. Голимбет, Н.И. Воскресенская и др., 1999).

Основные сложности использования конкретных инструментов по исследованию качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами связаны с вопросами: 1) «субъективных» и «объективных» количественных оценок; 2) учета трех компонентов – благополучия / удовлетворенности; функционального состояния; контекстуальных факторов; 3) комплексной оценки статуса и потребностей лиц с психическими и поведенческими расстройствами; 4) включения психопатологии в различные шкалы оценки качества жизни; 5) взаимосвязи временных параметров проведения соответствующих исследований (H. Katsching, 1997).

Следует отметить, что, по крайней мере, в некоторых из обсуждаемых методов оценки качества жизни параметры, которые с полным основанием можно отнести к основополагающим характеристикам качества психического здоровья, представлены достаточно широко. Так, например, в методе «Способ количественной оценки качества жизни психически больных» (Г.В. Бурковский, 2015) рассматриваются следующие составляющие жизнедеятельности тестируемых лиц: самообслуживание, самообладание, самоконтроль, самопонимание, самопомощь, осмысленность, саморегуляция, самокоррекция, самореализация, самоопределение, самоутверждение, самообеспечение, самосохранение, саморазвитие. К каждой из этих составляющих придается краткий комментарий (экспликация) с «расшифровкой» термина для тестируемого лица. Все вышеприведенные составляющие – с нашей точки зрения – могут быть представлены как важные идентификационные аспекты более общей и основополагающей характеристики качества психического здоровья – способности субъекта к эффективной самоорганизации (в рассматриваемой методике данный оцениваемый параметр располагается в ряду всех вышеперечисленных свойств) – которое, соответственно, может быть ранжировано и оценено в количественном выражении достаточно точно.

В то же время, даже и в этом, последнем примере прослеживается факт того, что в целом (т.е. методологически) вопрос соотнесения индикативных показателей качества жизни с показателями качества психического здоровья – в силу слабой разработанности последних – остается не решенным.

Общая оценка уровня достижений

1.6. На основании вышеприведенной оценки уровня достижений в сфере научно-обоснованного определения качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья следует признать, что «серая область», существующая, по выражению Д. Шапиро-мл., между наукой, ориентированной на количественные исследования, и полюсом качества исследуемого феномена, остается во многом непознанной. А прояснение соответствующего фрагмента в хартии ВОЗ, касающегося «состояния полного физического, психического и социального благополучия» в части соответствующих характеристик «психического благополучия» – незавершенным.

Проведенный нами анализ в первую очередь демонстрирует наличие дефицита системных исследований с выверенной методологией идентификации сущностных характеристик качества индивидуального и социального психического здоровья.

В частности, в реализованных на сегодняшний день тематических исследованиях не уточнены методологические установки и не получены аргументированные ответы на вопросы того:

- в контексте каких именно базисных (эпистемологических, функциональных) подходов были выстроены соответствующие исследовательские стратегии;
- на основании каких исследовательских критериев и требований были идентифицированы структурно-содержательные характеристики категории качества индивидуального и социального психического здоровья;
- на основании каких критериев и подходов выстраиваются системные характеристики феномена качества психического здоровья, и устанавливается их частичное или полное функциональное тождество с такими, например, понятиями как «адаптация», «психологическое здоровье», «качество жизни» и др.; а так же – с категорией психического и общего (интегрального) здоровья.

Далее, совершенно очевидно, что помимо обозначенного методологического дефицита в проанализированном массиве данных не конкретизируются и другие основополагающие характеристики исследуемого феномена: не достает четкого определения качества индивидуального и социального психического здоровья, сформулированного в ключе заявляемого идентификационного подхода; недостаточно проработаны структурно-содержательные, собственно-системные, технологические,

инструментальные, а так же институциональные аспекты категории качества психического здоровья; отсутствует видение основных принципов, на которых может выстраиваться перспективная базисная исследовательская программа.

Все обозначенные дефициты – методологические, концептуальные, доктринальные и институциональные – как понятно из всего сказанного, имеют шансы на преодоление лишь в результате реализации масштабного проекта с широким комплексом проработанных исследовательских задач.

Разработка, организация и проведение таких масштабных проектов, собственно, и является первоочередной задачей научного сообщества, ориентированного на системное исследование качества индивидуального и социального психического здоровья, и устранение абсолютно неприемлемого разрыва, существующего между актуальными социальными потребностями и уровнем знаний в рассматриваемой сфере.

2. Общая методология исследования

2.1. Общие сведения об исследовательском проекте (основные фрагменты и этапы исследования; цели, и задачи исследования по каждому этапу)

Комплексный проект по исследованию системных характеристик феномена качества индивидуального и социального психического здоровья включал семь относительно самостоятельных фрагментов, объединенных общей стратегической целью и единым методологическим подходом.

На предварительном этапе (1996-2001) – в рамках инициативного исследовательского проекта – была проведена первичная оценка уровня предшествующих достижений в рассматриваемой сфере, предпринята попытка обоснованной дифференциация качественных характеристик и базисных индикаторов оценивающих уровни социального психического здоровья, обоснована наиболее приоритетная проблематика; в частности были уточнены некоторые актуальные социальные контексты и методологические установки, в рамках которых должны были быть реализованы следующие исследовательские этапы.

Идентификация функциональных (т.е. наиболее существенных с точки зрения актуального социального запроса) качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, исследование структурно-содержательных, инструментальных и собственно системных аспектов изучаемого феномена проводилось в рамках деятельности Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, Республика Казахстан) – первого научного центра аддиктологического профиля, действующего в Центрально-Азиатском регионе и имеющего статус Международного ресурсного центра (проект УНП ООН по созданию всемирной сети ресурсных центров «Treatnet»). Начиная с 2002 г., научным коллективом РНПЦ МСПН по отдельным тематическим аспектам были выполнены четыре научно-технические программы (НТП 2002-2004 гг., НТП 2005-2007 гг., НТП 2008-2010 гг., 2011-2013 гг.), в каждой из которых проблематика исследования системных характеристик качества индивидуального и социального психического здоровья занимала одно из центральных мест.

Задача исследования соотношения качественных характеристик категории психического здоровья с традиционными индикативными характеристиками, демонстрирующими факт наличия-отсутствия психических расстройств и агрегированных в соответствующие урони психического здоровья, выполнялась в ходе специального инициативного фрагмента, реализованного в период 2003-2006 гг.

Задачи по дальнейшей функциональной дифференциации качественных характеристик психического здоровья (идентификация универсальных мишеней интегративной психотерапии), углубленное исследование некоторых инструментальных

аспектов, а так же разработка элементов структуры и общих принципов базисной исследовательской программы в рассматриваемой сфере выполнялись в рамках реализации комплексного проекта по разработке актуальных теоретических и практических аспектов направления интегративной и эклектической психотерапии. Основные исполнители настоящего проекта – 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 настоящего фрагмента – 2001-2012 гг.

Начальная фаза специального фрагмента по исследованию психологических и психотехнологических основ эффективной самоорганизации – стержневой функциональной характеристики феномена качества психического здоровья – была реализована в период 2005-2014 гг. в ходе разработки и изучения эффективности модели первичной психотерапевтической помощи: «Полимодальная экспресс-психотерапия» (2005-2010); завершающая фаза – в рамках одноименного исследовательского проекта Международного института социальной психотерапии (2013-2014 гг.). В процессе выполнения данного исследовательского фрагмента был предложена модель и изучены крайние варианты прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла, на основании чего был разработан проект универсального протокола психотехнического анализа помогающих практик; т.е. решались задачи разработки инструментальных аспектов исследуемой категории качества психического здоровья.

Задачи по функциональной дифференциации и разработке институциональных характеристик исследуемой категории качества психического здоровья решались в ходе выполнения еще одного исследовательского фрагмента по обоснованию и исследованию эффективности экспериментальной модели социальной психотерапии. Данный фрагмент последовательно реализовывался в рамках тематических НТП РНПЦ г. Павлодара (2005-2010 гг.) и далее, в рамках исследовательской деятельности Международного института социальной психотерапии г. Санкт-Петербурга (2013-2014 гг.).

Итоговые задачи аналитического плана по сведению полученных результатов и разработке итоговых системных характеристик рассматриваемого феномена качества индивидуального и социального психического здоровья решались на заключительной фазе реализации комплексного проекта в рамках выполнения научной программы МИСП г. Санкт-Петербурга (2014-2015).

Поскольку большая часть из перечисленных исследовательских фрагментов реализовывалась в параллельных по времени проектах, есть смысл выделять лишь три этапа комплексного проекта – предварительный (1996-2001); проведения полевых исследований и разработки содержательных характеристик феномена качества психического здоровья (2002-2014); аналитический этап (2014-2015).

Все вышеприведенные исследовательские фрагменты были реализованы либо лично автором (1-ый, 4-й, 5-ый, 6-ой. 7-ой фрагменты), либо под его непосредственным руководством (2-ой, 3-ий фрагменты).

2.2. Основные методологические установки

Главным тезисом, определяющим общее направление и методологическую специфику реализованных исследовательских фрагментов, является констатация того важного обстоятельства, что изучение качественных характеристик рассматриваемого феномена индивидуального и социального психического здоровья имеет свою отчетливую специфику.

Такого рода исследования в существенно большей степени, чем, например, изучение интенсивности распространения тех или иных признаков расстройств психики в

определенных группах населения, или исследования их биологических основ, должны опираться на следующие главные эпистемологические установки эпохи научного постмодерна:

– статус истины здесь не имеет абсолютного значения, а устанавливается исходя из заданного актуального контекста, который, по возможности, должен быть четко сформулирован и расписан в соответствующих технических заданиях; таким образом, появляется возможность корректного сравнения результатов соответствующих исследований, выполненных в сопоставимых установочных форматах;

– базисный научный подход, используемый в комплексном исследовательском проекте – дисциплинарный, междисциплинарный, внедисциплинарный – здесь должен быть аргументирован исходя из специфики основного предмета исследования, так же выводимой из общего актуального контекста; последнее обстоятельство, в свою очередь, отражается на всей используемой методологии и терминологии;

– основной принцип, на основании которого формируется результативный алгоритм комплексного исследовательского проекта, здесь должен быть, безусловно, функциональным; т.е. исследуемая качественная характеристика – психическое свойство или процесс – должна быть представлена через общую, частную или антагонистическую функцию, доступную измерению, легко трансформируемую в мишень для соответствующего терапевтического воздействия, и далее – в систему промежуточных и конечных индикаторов, на основании динамики которых, например, делается вывод об эффективности предлагаемых инновационных технологий;

– при сохранении значимости ретроспективного (т.е. обращенного в прошлое) вектора исследования, приоритетным здесь является, все же, проспективный – обращенный в будущее – вектор исследования, изучающий возможности форсированного развития конструктивного или, наоборот, стагнации деструктивного признака в требуемых параметрах масштаба и скорости изменений; в связи с чем дискуссия о взаимозависимости биологических, социальных и психологических факторов в обеспечении уровней адаптации и качества жизни конкретного субъекта или исследуемых групп населения должна разворачиваться в сторону научно-обоснованной аргументации того, в какой степени форсированное развитие качественных компонентов индивидуального, либо социального психического здоровья способно компенсировать исходно неблагоприятные биологические или социальные обстоятельства, и обеспечивать устойчивый тренд конструктивного развития субъекта или группы; такое «вероятностное» прогнозирование должно проводиться в отношении всех предлагаемых способов влияния на качественные характеристики индивидуального или социального психического здоровья;

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

В ключе всего сказанного, в ходе реализации предварительного этапа нами были сформулированы следующие методологические требования к проведению тематических исследований на всех последующих этапах и фрагментах настоящего комплексного проекта.

Актуальный контекст, в поле которого выстраивалась общая методология системного исследования, в нашем случае, был связан с главными эпохальными вызовами, т.е. ключевыми вопросами сохранения относительно высоких уровней адаптации современного человека в условиях фактической утраты механизмов естественного отбора и беспрецедентных темпов роста агрессивности среды. Собственно, этим выбором и была заданы главные системообразующие характеристики исследуемой категории качества

психического здоровья, предполагающие, во-первых, возможность формирования высоких уровней адаптации субъекта за счет эффективной самоорганизации – основного механизма компенсации прогрессивно утрачиваемых механизмов естественного отбора. А во-вторых – достижения определенного уровня устойчивости субъекта к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии всех типов (что, по сути, есть способ патологической адаптации субъекта в условиях дефицита этого базисного свойства устойчивости). Таким образом, в первом, контекстуальном приближении сущностные характеристики категории качества психического здоровья ассоциировались с феноменом самоорганизации – как базисной обеспечивающей функцией, высокими уровнями адаптации – как базисной результирующей функцией, устойчивостью к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии (варианты патологической адаптации) и высокими кондициями качества жизни – как базисными индикативными признаками.

Выбор настоящего актуального контекста, безусловно, был проспективно ориентирован, т.е. нацелен на сущностное решение еще только набирающих обороты актуальных социальных проблем; такой выбор был созвучен синергетическому внедисциплинарному научному подходу, основным предметом которого как раз и является самоорганизующая активность сложных систем (из которых наиболее сложными, вне всякого сомнения, являются человек и общество). Но, кроме того, избранный контекст давал возможность использования четких и однозначных индикативных признаков – антагонистических и позитивных – на основании которых могли быть идентифицированы искомые качественные характеристики индивидуального и социального психического здоровья.

В связи со всем сказанным, техническое задание наиболее масштабных исследовательских фрагментов (2-4) комплексного проекта было четко ориентировано на то, что собственно идентификационные характеристики качества индивидуального и социального психического здоровья должны были включать: возможность обозначения идентифицируемых факторов – психических свойств и процессов – с помощью известных терминов и определений; измеряемость апробированными тестами и методиками; наличие статистически достоверной и явно выраженной отрицательной корреляции высоких уровней развития, положительной корреляции низких уровней развития идентифицированных свойств с доказанными рисками и фактами формирования адаптационных расстройств, рисками и фактами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость; наличие статистически достоверной и явно выраженной положительной корреляции высоких уровней развития, отрицательной корреляции низких уровней развития идентификационных свойств с высоким уровнями адаптации и кондициями качества жизни; надежность полученных идентификационных характеристик, которая должна обеспечиваться тройным перекрытием и согласованностью результатов эпидемиологических, экспериментально-клинических и экспериментально-профилактических исследований; возможность эффективного влияния на выявленные характеристики в краткосрочной (недели, месяцы) и среднесрочной (1-5 лет) перспективах;

Технологические характеристики идентифицируемых свойств должны были предусматривать возможность: выстраивания адекватных индивидуальных мишеней с целью последующего профилактического, лечебного и реабилитационного воздействий; выстраивания адекватных социальных мишеней с целью эффективного информационного воздействия первично-профилактического характера, в том числе с использованием каналов СМИ, интернета; разработки оптимальных, диагностических и скрининговых программ по определению эффективности соответствующего индивидуального и социального воздействия; разработки, на основании всего вышесказанного, инновационных технологий формирования высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды, в том числе – к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии; достижения, на основании всего

вышеперечисленного, таких уровней индивидуальной и социальной самоорганизации, которые эффективно компенсируют издержки мутагенных цивилизационных факторов и обеспечивают устойчивое конструктивное развитие человека и общества;

Синтетические характеристики исследуемых параметров качества психического здоровья должны были предусматривать: возможность выстраивания – на основании полученных результатов – целостной концепции качества психического здоровья; возможность формирования обновленных доктринальных и соответствующих институциональных подходов по системной и результативной работе с этим важнейшим компонентом интегрального здоровья на всех уровнях социальной активности.

2.3. Используемые материалы, методы и инструменты исследования

Материалы исследования. В связи со сложностью дизайна комплексного исследования материалы были распределены по четырем основным группам:

– материалы по профилю эпидемиологических, клинических и экспериментально-психологических включали репрезентативные выборки и общие исследуемые группы с адекватным распределением – там, где это было предусмотрено дизайном исследования – на экспериментальные группы и группы сравнения. Так, например, эпидемиологический профиль включал следующие выборки, изучаемые в ходе реализации второго и третьего масштабных фрагментов комплексного исследования: 2001 год – общая выборка населения РК возраста 12-55 лет – 7851 человек; 2003 год – общая выборка населения РК возраста 12-55 лет – 10560 чел. и 7997 чел.; 2007 год – целевая выборка зависимых от психоактивных веществ – 2446 чел.; 2008 год – целевая выборка школьников (возраст 9-17 лет) – 1854 чел. Общая выборка населения с возрастом 12-55 лет 2003 года (n=7997), в соответствие с основной методологией исследования третьего фрагмента, распределялась на группы с высоким (n=2284), средним (n=4891) и низким (n=792) уровнями психического здоровья. А также на группы с высоким (n=372), средним (n=6486) и низким (n=1109) уровнями психологического здоровья. Специальная выборка по этому же фрагменту (2003 г., n=2216), по всем параметрам сопоставимая с общей выборкой, состояла из респондентов, проживающих в трех городах РК, где проводился клинический эксперимент по выявлению субклинических форм психических и поведенческих расстройств, а также гипертрофированных реакций психологической адаптации в группах с низким уровнем психического и психологического здоровья. В целях получения более достоверных, репрезентативных данных по интенсивности распределения дифференцированных характеристик качества психического здоровья, для лиц с принадлежностью к высокому уровню психологического здоровья была сформирована общая база данных (n=1421). Клинический и экспериментально психологический профиль включал в себя следующие исследуемые группы и группы сравнения: лица с высокими рисками вовлечения в химическую и психологическую зависимость – 763 человека; лица с установленным диагнозом химической зависимости – 8751 чел.; лица с деструктивной психологической зависимостью – 286 чел.; лица с расстройствами адаптации (F 43.2 по МКБ-10) – 2212 чел.; лица с высоким уровнем психологического здоровья и отсутствием признаков адаптационного напряжения (группа сравнения) – 221 чел.;

– материалы статистического профиля, отражающие степень интенсивности представленности уровней психического и психологического здоровья в некоторых возрастных группах населения, уровни распространения отдельных видов психических и поведенческих расстройств, основных типов деструктивных социальных эпидемий, охват населения профильной психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической помощью, степень эффективности противодействия процессам прогрессирующего снижения качества психического здоровья, оказываемого в социальном секторе РК (статистические сборники, отчеты, обзоры результатов соответствующих исследований – всего 216 источников);

– материалы нормативного профиля, характеризующие институциональный дефицит, в частности, несовершенство основных инструментов управления качеством психического здоровья населения (законодательство; тематические национальные и региональные программы, стратегии; межведомственные и ведомственные приказы, документы, регламентирующие профессиональную деятельность в секторе здравоохранения, образования – всего 437 источников);

– материалы аналитического профиля, устанавливающие наличие системного доктринального дефицита в сфере соответствующих концептуальных представлений и социальной активности, направленной на повышение качества психического здоровья населения – всего 1830 источников.

Методы исследования

На предварительной стадии реализации комплексного проекта с целью проработки особенностей использования методологии исследования качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья использовался метод *эпистемологического анализа.* Данный метод 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.

В ходе реализации основных фрагментов комплексного исследования использовались *диагностические методы*: клинико-психопатологический, позволяющий выявлять признаки психических и поведенческих расстройств, констатировать наличие синдрома деморализации (по Дж. Франку, 1986) и других психопатологических синдромов у представителей исследуемых групп; клинико-психологический, позволяющий квалифицировать особенности личности и поведения, отношения к болезненным проявлениям в исследуемых группах; экспериментально-психологический, дающий возможность идентификации свойств психологического здоровья – устойчивости, определения уровня рисков вовлечения в деструктивные социальные эпидемии в тематических исследуемых группах (т.е. искомые качественные характеристики индивидуального и социального психического здоровья). *Экспериментальные методы*: метод контролируемого клинического эксперимента, используемый при апробации инновационных психотерапевтических, реабилитационных технологий в экспериментальных группах; метод контролируемого организационного эксперимента, используемый при апробации новых организационных технологий управления качеством психического здоровья; метод экспериментального моделирования, используемый при разработке инновационных технологий и моделей социальной психотерапии. *Аналитические методы:* метод экспертных оценок, позволяющий идентифицировать и охарактеризовать системный (доктринальный, институциональный) дефицит в сфере качества психического здоровья; метод комплексного анализа эффективности (включая клиническую, социальную, экономическую эффективность), дающий представление о сравнительной эффективности инновационных и традиционных технологий профилактики, лечения, реабилитации, организации, используемых в рассматриваемой сфере. *Универсальные методы и подходы:* статистических метод использовался для проведения статистико-математической обработки показателей, полученных при реализации каждого из перечисленных методов в исследуемых группах. При этом использовались программные продукты SPSS для Windows, обладающие необходимыми возможностями для всех этапов аналитического процесса в математической статистике,

включая дифференцированный статистический анализ. При изучении взаимосвязи и взаимозависимости исследуемых признаков применялись коэффициенты корреляции Пирсона (измерение силы линейных взаимосвязей между двумя переменными) и Спирмена (ранговая корреляция). Оформление каких-либо выводов делалось только лишь на основании достоверных данных, полученных в результате статистико-математической обработки исследуемых параметров, показателей. Системный подход использовался при решении аналитических задач, требующих осмысления сложной динамики взаимодействия рассматриваемых факторов и параметров, характеризующих категорию качества психического здоровья, сведения разрабатываемых концептов и организационных моделей в систему (концепцию, метамодель) с признаками функционального единства и четко идентифицированным системообразующим стержнем. Синергетический внедисциплинарный научный подход использовался в этих же целях, в частности, для выстраивания функциональной иерархии качественных характеристик сложной категории психического здоровья.

Инструменты исследования

Наряду со стандартными инструментами – техническим приложением к каждому используемому инструментальному методу (тесты, шкалы и пр. инструменты, соответствующие конкретной тематике каждого фрагмента) – в настоящем исследовании применялись и специальные технологии сбора, обработки и оценки информации, соответствующие специфике комплексного научного проекта.

Инструменты, используемые на стадии сбора и первичной обработки информации:

Павлодарский многофункциональный опросник (ПМО) представляет собой инструмент, позволяющий в ходе проведения эпидемиологических исследований определять: 1) уровень психологического здоровья – устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии изучаемого региона в целом (возрастная группа 12-55 лет), а также – в тематических фокус-группах: профессиональных, гендерных, этнических, субрегиональных и др., при этом общая методология исследования с помощью ПМО позволяет дифференцировать до 70 фокус-групп; 2) уровни психического здоровья изучаемого региона в целом, а также – в аналогичных фокус-группах; 3) степень взаимозависимости доказанных рисков и фактов вовлечения в конкретные типы деструктивных социальных эпидемий, включая адаптационные расстройства, с идентифицированными уровнями психологического и психического здоровья; 4) степень взаимозависимости каких-либо конкретных факторов или обстоятельств (например, возраст, пол, профессия, социальное окружение, семейный статус, отношение к здоровью и пр.) с идентифицируемыми уровнями психического и психологического здоровья и рисками вовлечения в деструктивные социальные эпидемии. Важной особенностью настоящего инструмента является факт того, что параметры идентификации соответствующих уровней психического здоровья здесь ассоциируются с традиционными индикативными характеристиками, демонстрирующими факт наличия-отсутствия психических расстройств. В то же время параметры идентификации уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды выстаиваются на основе личностно-ориентированных, психологических характеристик исследуемых групп. Т.е. появляется возможность корректного сопоставления этих двух подходов, а так же – их сведения в единую диагностическую модель. С помощью ПМО возможно решение и других исследовательских задач прикладного характера. Выбор задач обусловлен определяемым концептуально-методологическим уровнем исследования: мультисекторальным (в общий формат входят все возможные исследовательские направления); межсекторальным (в общий формат включаются лишь некоторые исследовательские направления); моносекторальным (в общий формат включается лишь одно из всех возможных направлений исследовательской деятельности). В нашем случае

ПМО использовался в мультисекторальном формате полной версии (эпидемиологические исследования 2001, 2003, 2007 гг.).

Компьютерная программа по определению уровня психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии – инструмент, используемый как для скрининга, так и для индивидуальной диагностики – представляет собой программный продукт, созданный на основе способа (алгоритма) оценки степени устойчивости и, соответственно, предрасположенности к формированию химической, деструктивной, психологической зависимости для школьников в возрасте 9-11 лет, 12-13 лет, подростков от 14 до 18 лет и взрослых 19-32 лет. Данная программа позволяет: 1) оперативно определить степень риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии для отдельно обследуемых или отдельной группы (ярко выраженный риск; наличие риска; низкий уровень риска); 2) с минимальными временными затратами получить развернутый отчет о состоянии психологического здоровья – устойчивости испытуемого, а также о наличии в его статусе биологических и социальных предпосылок к вовлечению в химическую, психологическую зависимость; 3) тестировать респондента многократно, отслеживая результаты эффективности профилактических вмешательств в динамике; 4) тестировать многочисленные группы людей, анализируя соотношение устойчивости – предрасположенности к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии отдельно взятого класса, школы, студенческой группы, всего коллектива учащихся и т.д., и проводить дифференцированный статистический анализ. В нашем случае настоящая программа использовалась с целью определения уровней психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии у детей и подростков-учащихся средних школ РК, а также – в целях оценки эффективности соответствующих профилактических и терапевтических программ.

Шкалированный вариант протокола психотехнического анализа помогающих практик – исследовательский инструмент, используемый как для дифференцированной оценки эффективности реализуемой помогающей практики – психотерапии, психологического консультирования, так и для определения основного типа прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла в кризисные этапы развития. Диагностический раздел протокола позволяет оценивать как степень развития качественных характеристик психического здоровья функционально-динамического уровня, так и степень выраженности синдрома деморализации при прохождении этапов и фаз адаптивно-креативного цикла. Таким образом, данный инструмент ориентирован, прежде всего, на исследование процесса самоорганизации и оценку ресурсного вклада анализируемой практики на каждом этапе адаптивно-креативного цикла. Использование шкалированного варианта протокола психотехнического анализа в сравниваемых группах (четвертый-пятый фрагменты исследовательского проекта) позволило уточнить важные содержательные характеристики феномена качества психического здоровья, касающиеся эффективной самоорганизации субъекта, а так же – конкретизировать ключевые характеристики предметной сферы и универсальные мишени помогающих и развивающих практик.

Базисная исследовательская карта (БИК) стационарного больного – инструмент, используемый для систематизированного сбора информации в ходе проведения клинических, клинико-психологических исследований в рамках реализации настоящего научного проекта. Регистрация исследуемых параметров в изучаемых группах предполагает заполнение самим пациентом и специалистами, имеющими отношение к исследовательскому процессу, трех частей БИК. Первая часть БИК в общей сложности содержит 172 параметра, 804 показателя, распределенных по 5 разделам, отражающим общие сведения о пациенте. Вторая часть БИК отражает информацию о типе и основных характеристиках патологического состояния зависимости, представлена 176 параметрами, 1084 показателями. В третьей части БИК сосредоточены показатели специальных тестов и исследований – до 350 индикаторов. Статистико-математическая обработка тематических

исследовательских карт (их электронный вариант) позволяет установить достоверные различия и значимые корреляции в динамике основных клинико-психопатологических, клинико-психологических проявлений и др. в исследуемых группах – экспериментальных, контрольных, группах сравнения.

Инструменты, используемые для анализа системного дефицита (в основном, институционального) в сфере форсированного развития качества психического здоровья, эффективного противодействия деструктивным социальным эпидемиям:

Универсальная система профессиональных стандартов – данный инструмент представляет собой системное описание определенного структурного уровня исследуемой научно-практической дисциплины (в нашем случае это психиатрия, психотерапия, консультативная психология и аддиктология), конкретизирующего способы и формы институализации основных технологических спецификаций данной дисциплины. Использование данного инструмента существенно облегчает анализ институционального дефицита в рассматриваемой сфере (в нашем случае – институционального дефицита в сфере управления качеством индивидуального и социального психического здоровья). Применительно к задачам настоящего исследования было сформулировано следующее функциональное определение системы профессиональных стандартов – нормативно заданная и согласованная активность соответствующих социальных институтов и служб, направленная на форсированное развитие качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, достижение эффективного контроля в сфере распространения деструктивных социальных эпидемий. Сущностная характеристика предлагаемой эталонной модели стандартных требований по оформлению профессиональной деятельности в интересующей нас сфере состоит в том, что в данной модели каждый из описываемых профессиональных стандартов (мониторинга, услуг, профессиональной спецификации и квалификации, профессиональной подготовки, организации профильных служб) соотносится со всеми остальными по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости и взаимодополнения. Эффективность профессиональных усилий здесь оценивается с помощью программы мониторинга, включающей системы промежуточных и конечных индикаторов эффективности. Используя данную схему, можно сравнительно легко определить основные изъяны и несогласованность в деятельности соответствующих профессиональных институтов. Проведение данной процедуры предусматривает заполнение карты комплексной оценки качества деятельности каждой профильной службы с последующей экспертной оценкой полученных результатов.

Шкала уровней контроля в сфере управления качеством психического здоровья, включая тенденции распространения деструктивных социальных эпидемий – инструмент, используемый для комплексной оценки эффективности усилий по форсированному развитию качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, противодействию распространения деструктивных социальных эпидемий в исследуемых регионах – содержит следующие идентифицируемые уровни: 1) нулевой уровень контроля (ситуация не исследуется; сведения о распределении соответствующих уровней психического и психологического здоровья, распространении деструктивных социальных эпидемий в конкретном регионе хаотичны и недостоверны; возможности эффективного влияния на ситуации отсутствуют); 2) первый уровень контроля (информация о ситуации неполная; сведения о распределении соответствующих уровней психического и психологического здоровья, распространении деструктивных социальных эпидемий собираются нерегулярно, из ограниченного количества источников; возможность влияния на ситуацию минимальная – усилия по форсированному развитию высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья, противодействующие, в том числе, распространению деструктивных социальных эпидемий, не организованы и неэффективны; 3) второй уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная и регулярно обновляемая; возможность влияния на

ситуацию ограничена вследствие недостаточного объема и эффективности соответствующих усилий); 4) третий уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная, регулярно обновляемая; масштабы и эффективность усилий по формированию высоких уровней качества психического здоровья в конкретном регионе сопоставимы с масштабами проблемы и оказывают существенное влияние на ситуацию, включая блокирование и обратное развитие основных тенденций по распространению социальных эпидемий, устойчивый рост социальной эффективности). Шкала уровней контроля использовалась для оценки промежуточных индикаторов эффективности в рассматриваемой сфере.

2.4. Приверженность принципам доказательной практики

В ходе реализации всех основных фрагментов комплексного исследования обеспечивалась специальными службами статистики и патентоведения, экспертной группой по доказательной медицине, группой по менеджменту научных исследований, этическим комитетом РНПЦ МСПН, которые в совокупности обеспечивали: строгий предварительный и текущий контроль над качеством процесса сбора и анализа первичной информации; соблюдение этических принципов; приверженность принципам надлежащей клинической практики и доказательной медицины. В частности, только лишь положительное заключение экспертного совета и этического комитета по каждому реализуемому фрагменту соответствующей научно-технической программы являлось основанием для продолжения исследования. Промежуточный и итоговый контроль качества проводимых исследований по фрагментам 2-4 осуществлялся экспертами авторитетных исследовательских центров Западной Европы, учеными и диссертационными советами профильных исследовательских институтов и центров гг. Москвы, Санкт-Петербурга, Томска, Алматы.

Таким образом, общее методологическое и организационное построение комплексного исследовательского проекта соответствовало сложности и масштабам заявляемых целей и задач.

3. Результаты исследования

3.1. Универсальные факторы качества психического здоровья, идентифицированные по параметрам риска – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, конструктивному – деструктивному вариантам прохождения адаптивно-креативного цикла

3.1.1. Вводные сведения

Уточнение антагонистических идентификационных параметров в отношении характеристик качества психического здоровья в рамках настоящего комплексного исследования (второй основной фрагмент), в том числе, стало возможным в результате формулировки следующего развернутого определения социальных процессов, имеющих непосредственное отношение к исследуемой теме: под термином «деструктивные социальные эпидемии» понимаются процессы развития у существенной части населения (до 12%) адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации – зоны наиболее вероятных рисков формирования химической и деструктивной психологической зависимости; вовлечения населения в химическую (алкоголизм, наркомания, токсикомания) зависимость – до 7% населения; вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость) – до 3% населения, масштабы и темпы роста которых, а также объемы потерь – психологических, социальных, биологических,

экономических, несомых обществом в данной связи, – представляют прямую угрозу существующему социальному порядку, нации, государству.

В приведенной дефиниции определение «социальные» демонстрирует качественное отличие рассматриваемого эпидемического процесса от биологических эпидемий, а также взаимозависимость данного феномена, в первую очередь, с цивилизационными издержками развития, связанными, в том числе, с прогрессивно снижающейся устойчивостью населения ко все более растущему уровню агрессивности среды – информационной, биологической, физической.

Синдром деморализации, сопутствующий адаптационным расстройствам (шифр F 43.2 по МКБ-10), был описан Д. Франком (1986) в следующих типичных проявлениях: 1) низкий уровень самооценки; 2) чувство безнадежности и беспомощности; 3) чувство страха, тревоги, уныния; 4) спутанность мышления; 5) психофизиологические синдромы, воспринимаемые как признаки нарушения физического здоровья. Существенной особенностью данного состояния является функциональная блокада способностей субъекта к эффективной самоорганизации в ситуациях адаптационного напряжения, с формированием поискового поведения – чаще неосознанного – в сторону формирования ресурсного статуса (например, за счет употребления психоактивных веществ или формирования состояний измененного сознания в результате применения специальных психотехнологий, используемых при вовлечении субъекта в экстремистские организации или деструктивные секты).

Уточнение позитивных, дополнение и конкретизация антагонистических характеристик качества психического здоровья (четвертый, пятый основные фрагменты) оказались возможными в результате идентификации основных вариантов прохождения адаптивно-креативного цикла у клиентов с признаками адаптационных расстройств и группой респондентов с высоким уровнем психологического здоровья и отсутствием признаков адаптационного напряжения.

3.1.2. Определение качественных характеристик и уровней психического здоровья

В контексте оговоренных методологических установок качественные характеристики психического здоровья определяются как система психологических факторов (свойств и процессов), высокий уровень развития которых обеспечивает эффективную самоорганизацию, безопасность и устойчивое развитие человека в агрессивной среде.

Соответственно, уровни качества психического здоровья определяются как определенная степень развития обозначенной совокупности психологических факторов у конкретного субъекта (индивидуальные характеристики качества психического здоровья), или степень интенсивности распределения ранжированных качественных характеристик в исследуемой выборке населения (социальные характеристики качества психического здоровья).

При этом, идентифицируемые уровни качества индивидуального и социального психического здоровья, определяемые в соответствие с базисной методикой, адресуются к социальному индикатору, учитываемому при выведении общего контекста комплексной исследовательской программы. В нашем случае это индикаторы индивидуальной и социальной эффективности, степени риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, наличия показаний к профессиональному – профилактическому, консультативно-психологическому, психотерапевтическому – вмешательству.

Методологически и практически важно, что в приведенном определении обозначается грань между общим понятием психического здоровья (ассоциируемого в большей степени с критериями наличия-отсутствия расстройств психики и поведения) и качественными характеристиками этого сложного феномена. Последние характеристики в ближайшей перспективе будут дополнять и конкретизировать контент сложной категории «психическое здоровье», вытесняя не совсем удачный по лексическому обозначению, но вполне равнозначный по содержанию термин «психологическое здоровье» (в этом термине

присутствует обращенности к психологической науке, но, не к предметной сфере исследуемого сектора здоровья).

Однако еще более важным аспектом настоящего определения является акцент именно на те психологические свойства и способности, которые идентифицируются в соответствие с заданным функциональным контекстом – т.е. являются зависимыми переменными, имеющими понятный прагматический смысл. Такую исследуемую совокупность, безусловно, следует отличать от независимых переменных – проявлений элементарной или более дифференцированной психической активности, уровень и темп развития которых в большей степени обусловлен стабильными биологическими факторами, и не может быть существенно повышен в краткосрочной, и среднесрочной перспективе, тем более с достижением предусмотренных конечных индикаторов.

В ключе вышеприведенных комментариев проясняется основная сфера приложения таких научно-практических направлений как профессиональная психотерапия, аддиктология, консультативная психология. Т.е., обозначение данных институтов как «служб психического здоровья» (которое в контексте пока еще доминирующих доктринальных подходов вызывает определенный диссонанс) в данном случае, наполняется новым смыслом, указывающим на нацеленность этих служб на работу с качественными характеристиками индивидуального и социального психического здоровья и решение достаточно серьезных социальных проблем, прямо или косвенно связанных с тенденциями прогрессивного снижения качества психического здоровья.

3.1.3. Базисные содержательные характеристики качества психического здоровья

Проведенные нами в ходе реализации второго-пятого этапов комплексные исследования позволили установить, что в наибольшей степени сформулированному в разделе «Общая методология исследования» контексту и функциональным требованиям соответствует система следующих факторов, определяемых как качественные характеристики психического здоровья (первичный, содержательный уровень):

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- сформированность внутреннего локуса контроля;
- наличие психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария;
- наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

Вышеперечисленные свойства, сами по себе достаточно дифференцированные и представляющие обособленные структуры организации личности, соотносятся между собой по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости, взаимодополнения. Доказательная база в отношении соответствия обозначенных свойств установленным параметрам идентификации приводится в следующих подразделах.

Далее, вышеприведенные содержательные характеристики интегрируются в следующие функционально-динамические структуры:

- способность идентифицировать сущностные характеристики и адекватно реагировать на актуальные планы реальности;
- способность прогнозировать развитие значимых ситуаций и моделировать свое поведение в соответствие с такими прогнозами;
- способность выстраивать долговременные модели (проекты) индивидуального развития в соответствие со значимыми и мотивирующими целями;
- способность разрабатывать и реализовывать ситуационно-стратегические адаптивные модели поведения и развития;
- базисная потребность в самоорганизации.

Обозначенные структуры-свойства демонстрируют процесс развертывания функционального потенциала идентифицированных первичных свойств в адаптивные способности более высокого уровня при продвижении субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла. Данный уровень содержательных характеристик феномена качества психического здоровья, соответственно, был идентифицирован при интерпретации результатов, полученных по пятому фрагменту комплексного исследовательского проекта. Выведение функционально-динамического уровня имеет, в том числе, и вполне очевидный прикладной смысл, понятный при определении универсальных мишеней помогающих и развивающих практик.

Результирующие содержательные характеристики представляют собой сущностное определение феномена качества психического здоровья через общую функцию эффективной самоорганизации, обеспечивающей безопасность и устойчивое развитие субъекта в агрессивной среде.

3.1.4. Первичный содержательный уровень включает следующую краткую характеристику идентифицированных факторов качества психического здоровья и их онтогенетическую динамику.

Личностная идентификация – одна из основных интегративных психологических характеристик, описанных известным американским психологом Э. Эриксоном (1959). Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени человек должен четко представлять себе ответы на вопрос, кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы должны исходить из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не повторять навязанные извне сценарии-стереотипы, пусть и социально одобряемые. Перед субъектом, полноценно завершившим этап личностной идентификации (чему в немалой степени способствует адекватная стимулирующая активность основных агентов развития в период прохождения первых 4-х жизненных кризисов по Э. Эриксону), появляется отчетливая перспектива собственного жизненного пути, по которому его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Соответственно, в процесс последующего становления и достижения целей будут включаться более мощные психологические ресурсы, обеспечивающие и более высокую вероятность полноценного удовлетворения потребностного цикла. В данной ситуации вероятность поиска и нахождения «коротких путей к счастью» за счет употребления ПАВ или специальных психотехнологий, практикуемых экстремистскими организациями и деструктивными сектами, у такого человека будет существенно более низкой.

Конструктивный (идентификационный) жизненный сценарий – данное свойство выделяется нами в отдельную характеристику качества психического здоровья в соответствии со всеми принятыми методологическими критериями. Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс личностной идентификации – 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного процесса конструктивный жизненный сценарий может находиться на стадии разработки и окончательно сложиться только к возрасту 19-21 года. К этому времени человек должен знать ответы на вопрос о том, что ему нужно делать для исполнения своих главных, идентификационных устремлений и желаний. Конструктивный жизненный сценарий, в данном случае, – глубинное и устойчивое образование, спаянное с ядром личности. Такой сценарий полярно различается с мимолетными намерениями и планами, за которыми обычно не следуют соответствующие решения и действия (наличие адекватных решений, реализуемых в энергичных, целенаправленных действиях субъекта, являются основным отличительным признаком рассматриваемого свойства). Другой отличительный признак – существенное снижение уровня базисной тревоги и поисковой активности субъекта, порожденных ситуацией неопределенности в отношении основных конструктов (сценариев), координирующих бытие современного человека. Таким образом,

конструктивный жизненный сценарий, проистекающий из личностного ядра субъекта, завершившего или еще только завершающего процесс полноценной идентификации, выполняет важнейшую функцию базисной системы координат и обеспечивает: устойчивое продвижение в реализации намеченных целей, чувство деятельностного удовлетворения, эмоциональный комфорт, существенное повышение качества жизни субъекта, что в совокупности достаточно надежно профилактирует риски формирования адаптационных нарушений со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Навыки ответственного выбора – данное личностное свойство, в идеале, должно являться непременным атрибутом позитивного жизненного сценария, или, условно говоря, некой гарантией для его успешной реализации в агрессивной среде, изобилующей альтернативными предложениями (чаще всего с краткосрочной и многообещающей перспективой). Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования – 3-6 лет); собственно навыки ответственного выбора формируются к 12-15 годам. Ключевой характеристикой свойства ответственного выбора является умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (что в литературе морально-нравственного толка обозначается как «стойкость к искушению»). Наличие каких-либо предпочтений или псевдовыбора с неустойчивым или непринятым решением в отношении возможных альтернатив – с одной стороны, негибкость и ригидность – с другой, качественно отличаются от вышеприведенной характеристики. Т.е., в нашем случае отказ от альтернативных сценарных решений – вполне осознанный и продуманный шаг, который делается с пониманием всех возможных потерь (обычно в краткосрочной перспективе) и приобретений (обычно в среднесрочной и долгосрочной перспективах). При этом отказ от альтернативных сценариев сопровождается дезавуацией их внешней привлекательности, что не влечет за собой разыгрывание какого-либо внутреннего конфликта. Субъект, обладающий сформированными навыками ответственного выбора, может утверждать, что, во-первых, способен принимать твердые, однозначные и последовательные решения в ситуации агрессивно навязываемого выбора. А во-вторых – держаться избранного, несмотря на продолжающееся давление. Ответственный выбор, реализованный в отношении конструктивного жизненного сценария, таким образом, обеспечивает безопасность прохождения собственного жизненного пути, «отбивая» внешне привлекательные, но по сути конфронтационные и агрессивные в отношении идентификационных перспектив, альтернативные сценарные планы (например, предложения по употреблению ПАВ с целью получения эйфорического, стимулирующего или релаксационного эффектов или предложения по вступлению в деструктивную секту, где «тебя по-настоящему понимают» и др.). Подлинной наградой – позитивным подкреплением акции по реализации свободного и ответственного выбора – является полноценное удовлетворение от воплощения того плана, в пользу которого было принято ответственное решение. «Я сделал свой выбор, твердо стоял на своем и в результате оказался прав», – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, обеспечившего безопасность своего жизненного пути и получающего деятельностное удовлетворение от избранной жизненной позиции.

Качество внутреннего локус-контроля – данное свойство личности (интернальности – экстернальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Роттером (1947). Характеристики локус-контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно, решение о необходимости такого рода активности исходит от личности с оформленной метапозицией внутреннего локус-контроля. Данное качество формируется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует развитие таких свойств личности, как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Субъект с развитым качеством внутреннего локус-контроля полностью осознает, что только он сам несет ответственность за все то, что происходит с

ним в жизни. Данная метапозиция повышает шансы на существенное улучшение качества жизни индивида в том случае, если его не устраивают существующие кондиции, за счет имеющихся инструментов индивидуального и социального развития. Изменить что-либо в себе или хотя бы признать необходимость таких изменений – уже реальный шаг в сторону развития, прелюдия к поиску профессиональной или иной конструктивной помощи и поддержки. Таким образом, сформированное качество внутреннего локус-контроля существенно повышает вероятность разворота личности в сторону долговременных, соответствующих идентификационным целям, информационных и психологических ресурсов. И, соответственно, профилактирует неосознаваемый поиск «коротких путей к счастью», связанных с патологической адаптацией.

Психологические ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария, – данное свойство (по определению являющееся интегрирующим и включающим множественные характеристики психической активности субъекта) в рамках разработанного методологического контекста представлено следующим образом. Во-первых, предполагается, что в рассматриваемых характеристиках качества психического здоровья исходно присутствует нормативный уровень возрастного развития субъекта с наличием соответствующих знаний и навыков. Какой-либо существенный, биологически обусловленный дефицит этого исходного уровня квалифицируется как определенный класс психических и поведенческих расстройств – т.е. получает «количественную» оценку согласно принятой классификации болезней – и, поэтому, в нашем случае, как фактор качества психического здоровья не рассматривается. Таким образом, этот, достаточно понятный аспект мы выводим за рамки обсуждения по уже оговоренным методологическим соображениям. Далее, ясно и то, что категория психологических ресурсов, по определению, включает и вышеприведенный перечень личностных характеристик, в данном случае выводимых за рамки настоящей рубрикации (что так же можно оставить без специальных комментариев). Соответственно, в выведении ключевых факторов по настоящей позиции делается акцент именно на те ресурсные личностные характеристики, которые имеют прямое отношение к эффективной реализации идентификационного жизненного сценария и являются основой для формирования соответствующих профилактических и терапевтических мишеней. Среди последних выделяется, во-первых, проработанная базисная адаптационная стратегия с акцентом на синергию (сотрудничество) – открытая к изменениям, стимулирующая актуализацию особых, креативно-пластических личностных ресурсов. Соответственно, такая стратегия стимулирует процессы быстрого усвоения имеющейся информации, поступающей по различным каналам, а также – генерации новой, актуальной информации. Данный ключевой фактор может быть дифференцирован на следующие характеристики-мишени: ресурсной метапозиции по отношению к основным агентам со-бытия (со-участие, со-трудничество, со-творчество); синергетической системы межличностных отношений (я благополучен – ты благополучен); наличие навыков коммуникативности, ассертивности, дифференцированной сензитивности, креативности. Первоосновой данной характеристики являются базисные свойства доверия (1 год), автономности-уверенности (2-3 года), трудолюбия (5-12 лет); завершение формирования, в норме, происходит к 18-20 годам. Второй ключевой фактор по данной позиции – наличие проработанного ресурсного личностного статуса (Я-ресурсный). Ресурсный личностный статус актуализируется, как минимум, в моменты адаптационного напряжения и способствует прохождению таких ситуаций в режиме «ресурсного серфинга», с максимумом приобретений и минимумом потерь. А также - при определении несущих жизненных смыслов в периоды прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону. Перечень дифференцированных свойств-мишеней здесь может быть следующим: навыки эффективной саморегуляции (в том числе, «ресурсного серфинга»), управления здоровьем; специальные навыки по эффективному управлению стрессом, конфликтами, решению проблемных ситуаций; специальный, интегрирующий навык управления жизнью. Первоосновой формирования данной

характеристики являются базисные свойства инициативы (3-6 лет), трудолюбия-ответственности (5-12 лет); завершение личностной идентификации (к 18 годам). Вышеприведенные ключевые факторы, необходимые для реализации конструктивного жизненного сценария, могут формироваться и в течение всей жизни, но особенно интенсивно – до 23-летнего возраста. Специально следует отметить, что в данной комбинации ресурсных характеристик приоритет отводится группе креативно-пластических ресурсов, обеспечиваемой синергетической стратегией поведения и активным сотрудничеством субъекта с внешними агентами развития и внутренними, ресурсными инстанциями психического. Сама по себе ресурсная достаточность субъекта надежно профилактирует поисковое поведение в сторону патологических адаптогенов сверхбыстрого действия.

Адекватная информированность об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным идентификационным жизненным сценариям, – наиболее удаленное от ядра личности психологическое свойство, имеющее, тем не менее, прямое отношение к личностным реакциям, определяющим вектор поведения субъекта по отношению к агрессивным воздействиям среды. Данное свойство следует отличать, например, от уровня нормативных знаний, присущих лицам соответствующих возрастных групп. Существенная разница здесь заключается в том, что такого рода специально организованной информации адресуется к сложившимся идентификационным сценариям и сформированным на этой основе ценностным установкам субъекта. Таким образом «запускается» механизм сценарного конфликта с возможными альтернативами деструктивного свойства. Именно в этих обстоятельствах последние идентифицируются как чужеродные и агрессивные по отношению к укорененным конструктивным жизненным планам и личностным ценностям. Т.е., реализуется технология «информационной прививки», блокирующая возможное поисковое поведение субъекта с риском вовлечения в деструктивные социальные эпидемии.

Аналитические данные, полученные на втором этапе комплексного исследования (раздел анамнестических сведений БИК, проанализированный у лиц с высокими рисками вовлечения в химическую и психологическую зависимость – 763 человека; лиц с установленным диагнозом химической зависимости – 8751 чел.; лиц с деструктивной психологической зависимостью – 286 чел.; лица с расстройствами адаптации (F 43.2 по МКБ-10) – 2212 чел.; лиц с высоким уровнем психологического здоровья и отсутствием признаков адаптационного напряжения – 221 чел.) полностью подтверждают дееспособность систематики полярных вариантов формирования многих из анализируемых личностных свойств, предложенной выдающимся американским психологом Э. Эриксоном (1959).

3.1.5. Динамика становление высоких и низких уровней исследуемых качественных характеристик психического здоровья была описана этим автором в следующих возрастных рамках и полярных вариантах сценария прохождения жизненных кризисов – ключевых этапов становления идентичности:

1) в первый год жизни у ребенка формируется базисное *доверие* (конструктивный сценарий) или *недоверие* (деструктивный сценарий) к основным агентам события;
2) в возрасте от 1 года до 3-х лет формируются такие характеристики, как *автономность, уверенность* (конструктивный сценарий) или *сомнение, стыд* (деструктивный сценарий);
3) в возрасте от 3-х до 6 лет формируется *инициатива* (конструктивный сценарий) или чувство *вины и скованность* (деструктивный сценарий);
4) в возрасте от 6 до 12 лет формируются *трудолюбие, ответственность* (конструктивный сценарий) либо чувство *неполноценности, избегание сложностей* (деструктивный сценарий);

5) в возрасте от 12 до 18 лет завершается личностное *самоопределение, идентификация* (конструктивный сценарий) либо формируются *недифференцированность, серость, конформизм* (деструктивный сценарий);
6) в возрасте от 18 до 25 лет формируется *инициатива, общительность, открытость* (конструктивный сценарий) или *изоляция, отклонения в психике* (деструктивный сценарий);
7) в возрасте от 25 до 64 лет формируется *творчество, передача опыта следующим поколениям* (конструктивный сценарий) или *застой, эгоцентризм, непродуктивность, инвалидизация* (деструктивный сценарий);
8) в возрасте после 64 лет формируется *целостность, принятие жизни, смирение* (конструктивный сценарий) либо *отчаяние, переживание бессмысленности жизни* (деструктивный вариант прохождения жизненных кризисов).

В нашем варианте вышеприведенная схема полярных сценариев формирования идентичности по Э. Эриксону существенно расширяется на этапе описания 5-го жизненного кризиса (возраст 12-18 лет, и далее до 23 лет), на котором, помимо завершения личностной идентификации, должны быть сформированы и другие личностные свойства, обеспечивающие функцию эффективной самоорганизации и устойчивости субъекта к агрессивному воздействию среды.

Среди разнообразных факторов, имеющих отношение к формированию конструктивного либо деструктивного сценариев развития качественных характеристик индивидуального психического здоровья, нашими исследованиями подтверждается особая роль родительско-детских отношений, внутрисемейных правил, роль основных агентов развития в период похождения первых четырех жизненных кризисов.

3.1.6. Доказательная база по соответствию идентифицированных характеристик качества психического здоровья (первичный содержательный уровень) принятым в рамках настоящего комплексного исследования критериям приведена в нижеследующих тезисах.

На схеме 1 представлены обобщенные результаты второго фрагмента комплексного исследования по определению качественных характеристик психического здоровья, идентифицируемых по антагонистическому признаку рисков вовлечения в основные типы деструктивных социальных эпидемий, и степени интенсивности их распределения в исследуемых группах.

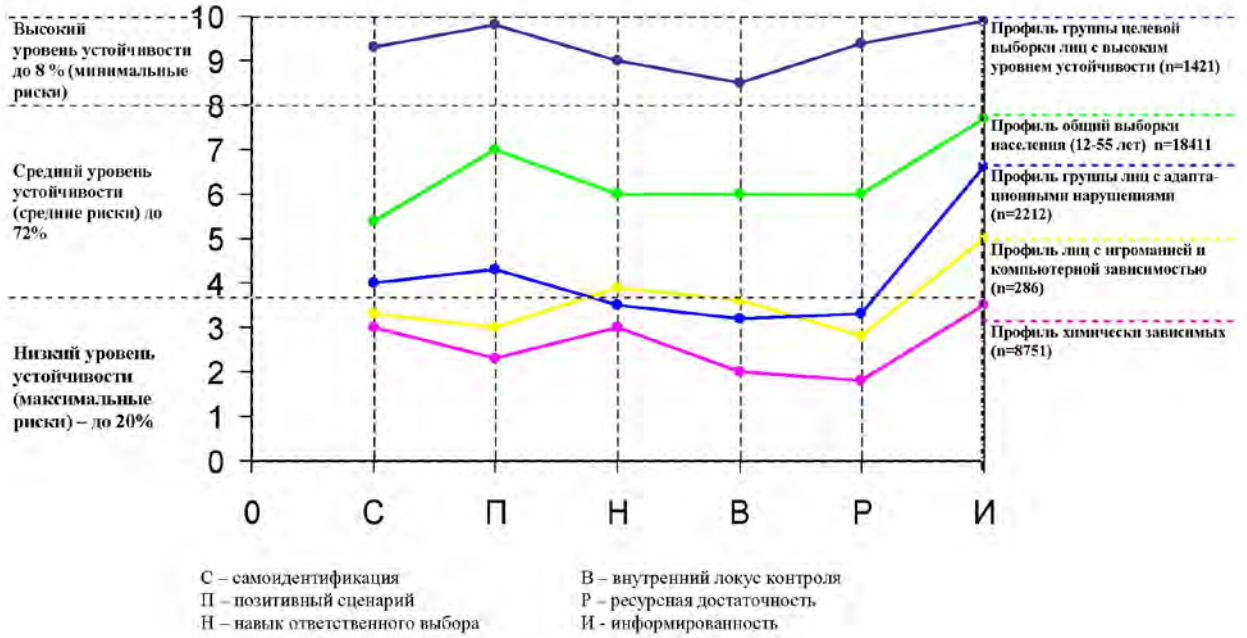
В приведенной схеме горизонтальная шкала представляет обозначения идентифицированных факторов качества психического здоровья (первичный содержательный уровень); вертикальная шкала – значения стенов, оценивающих уровень развития исследуемых свойств – от 0 до 10; на горизонтальной шкале, кроме того, выделены общие уровни качества социального психического здоровья населения, на основании чего можно делать выводы о дифференциации населения по уровням устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии всех типов.

Как следует из схемы 1, среднестатистические профили идентифицированных факторов качества психического здоровья в исследуемых группах демонстрируют, во-первых, статистически значимый и явно выраженный антагонизм высоких уровней развития обозначенных свойств, во-вторых – высокую степень корреляции низких уровней развития данных свойств с максимальными рисками и фактами вовлечения в социальные эпидемии всех типов (с той оговоркой, что профиль деструктивной психологической зависимости в нашем случае был представлен группами лиц с игроманией и компьютерной зависимостью в связи с недостаточным количеством наблюдений по типам вовлечения в экстремистские организации и деструктивные секты; однако и в этих неполных на момент публикации группах прослеживалась та же общая тенденция).

Эти главные закономерности подтверждаются и доказанным фактом того, что общий профиль группы лиц с химической зависимостью является наименее благоприятным среди всех анализируемых типов деструктивных социальных эпидемий. Дефицит высоких уровней развития факторов качества психического здоровья первичного содержательного

уровня, присущий общей группе лиц, вовлеченных в деструктивные социальные эпидемии, в данном случае отягощается еще и последствиями хронической интоксикации, наиболее пагубными для этих поздних (в онтогенетическом смысле) и наиболее хрупких в отношении агрессивного химического воздействия свойств человеческой психики.

Схема 1 – *Среднестатистические профили значений факторов качества психического здоровья (первичный содержательный уровень) в исследуемых группах*



Далее, обращает на себя внимание общее и подтверждающееся результатами соответствующего статистико-математического анализа сходство конфигурации профилей целевой выборки лиц с высокими уровнями качества социального психического здоровья – устойчивости (n=1421), общей выборки (n=18411), группы лиц с адаптационными нарушениями (n=2212). Наиболее высокие значения стенов во всех обозначенных группах соответствовали параметру позитивного (идентификационного) жизненного сценария и степени информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям. Относительно низкие значения стенов соответствовали параметрам сформированности навыков ответственного выбора, внутреннего локус-контроля, наличия психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария. В то же время для общей конфигурации профилей лиц с деструктивной психологической и химической зависимостью, наоборот, были характерны относительно более низкие значения стенов по параметру позитивного жизненного сценария, при том что степень адекватной информированности оставалась относительно высокой. Наша интерпретация такого рода данных заключается в том, что решающую роль в блокировании вектора поведения, направленного на удовлетворение неосознаваемого ресурсного запроса («короткого пути к счастью» за счет употребления ПАВ и деструктивных психотехнологий), выполняет сочетание позитивного жизненного сценария и адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к ним. В то время как одного только фактора информированности о вредных последствиях употребления ПАВ или о других деструктивных агентах явно недостаточно, что, собственно, и объясняет невысокую эффективность первично-профилактических мероприятий, основанных на соответствующих стратегиях.

Данный вывод в существенной степени подтверждается анализом отдельного профиля группы лиц с адаптационными нарушениями. Имеющийся «ограничитель» в виде относительно высоких уровней развития поименованных факторов – второго и

шестого (даже и при наличии относительно более низких значений стенов по всем прочим анализируемым параметрам, что, собственно, и обусловливает наличие соответствующих расстройств), как мы видим, разворачивает поисковое поведение индивида в сторону нормативной адаптации, связанной с получением адекватной психологической и психотерапевтической помощи.

Несомненный интерес представляют совокупные аналитические данные о распределении исследуемой генеральной совокупности (в нашем случае это было население РК с возрастом от 12 до 55 лет) по дифференцированным уровням качества социального психического здоровья. В целом, на момент проведения исследования констатировалось, что изучаемая совокупность находится в зоне среднестатистического риска по профилю вовлечения в деструктивные социальные эпидемии. Однако при дифференциации общей исследуемой группы по уровням устойчивости – высокому (значения стенов от 8 до 10), среднему (значения стенов от 4 до 8), низкому (значения стенов от 0 до 4) – в зоне среднестатистического риска остается до 72% населения. При этом относительно высокие уровни развития ключевых свойств качества психического здоровья первичного содержательного уровня – позитивного жизненного сценария и адекватной информированности – являются дополнительными факторами, обеспечивающими устойчивость данной группы населения к агрессивному воздействию среды. Факторами, повышающими уровни рисков для данной группы населения, являются очевидная несостоятельность институтов, обеспечивающих эволюционное (адекватные профилактические программы) и форсированное (психологическая, психотерапевтическая кризисная помощь) развитие исследуемых свойств.

Зону максимального риска по профилю вовлечения в деструктивные социальные эпидемии составляет до 20% исследуемой генеральной совокупности. Из этого объема, по данным, полученным по второму и третьему фрагменту комплексного исследовательского проекта, до 7% населения в той или иной степени вовлечено в наиболее агрессивную химическую зависимость (наркомании, алкоголизм, токсикомании); до 3% – в деструктивную психологическую зависимость; у более чем 12% населения исследуемой возрастной категории присутствуют признаки адаптационных расстройств с проявлениями синдрома деморализации.

Последняя дифференцируемая группа, при наличии некоторых ограничительных барьеров, является зоной максимального риска для вовлечения в эпидемии химической и деструктивной психологической зависимости. Динамика рисков в данной группе, по результатам наших исследований, обнаруживает тесную взаимозависимость со степенью выраженности синдрома деморализации, отличительной особенностью которого является способность к блокированию целенаправленного, самоорганизованного поведения индивида. Для данной группы населения еще в большей степени, чем для лиц со среднестатистическими рисками вовлечения в социальные эпидемии, имеет значение уровень доступности адекватной профессиональной помощи, направленной на преодоление синдрома деморализации и форсированное развитие качественных характеристик психического здоровья, обеспечивающих высокий уровень устойчивости к агрессивному воздействию среды.

Лица с высоким уровнем качества социального психического здоровья составляют, по нашим данным, до 8% населения исследуемой возрастной группы. Это единственная группа населения, для которой соответствующая институциональная активность по эволюционному либо форсированному развитию исследуемых свойств качества психического здоровья не имеет существенного значения в плане снижения рисков вовлечения в деструктивные социальные эпидемии. В то же время такого рода активность (или ее отсутствие) прямо отражается на объеме данной дифференцируемой группы. Так, проведенные нами исследования показали наличие в период 2001-2008 гг. тенденции к уменьшению процентного отношения групп населения с высоким и средним уровнями качества социального психического здоровья в пользу группы с низким уровнем развития

исследуемых качественных характеристик. Эти тенденции, более характерные для восходящего поколения (дети, подростки, молодежь), в исследуемый период времени не достигали статистически значимых показателей и перекрывались значениями доверительных интервалов. Однако такой результат – при условии сохранения общей направленности и средних темпов анализируемого динамического процесса, увеличении масштабов соответствующих исследований (объем выборки) – может быть показан уже в ближайшие годы.

3.1.7. Функционально-динамический содержательный уровень характеристик качества психического здоровья формируется, как уже было сказано в начале настоящего подраздела, в результате функциональной интеграции свойств первичного содержательного уровня. Рассматриваемый уровень, обеспечивающий конструктивную динамику адаптационных процессов, содержит следующие краткие характеристики.

Способность идентифицировать сущностные характеристики и адекватно реагировать на актуальные планы реальности: высокий уровень развития данного интегрированного свойства личностной активности противодействует развитию признаков деморализации в ситуации адаптационного напряжения, способствует формированию конструктивной перспективы и целенаправленной активности субъекта в направлении реализации такой перспективы. Соответственно, уровень дискомфорта, связанного с пребыванием субъекта в стрессовой ситуации, а так же общая продолжительность данного периода существенно сокращаются.

Способность прогнозировать развитие значимых ситуаций и моделировать свое поведение в соответствие с такими прогнозами: высокий уровень развития данного свойства позволяет субъекту заранее прорабатывать и профилактировать риски формирования стрессовых ситуаций, а в случае их возникновения – иметь готовые варианты наиболее эффективного решения появляющихся проблем. Такая «опережающая» модель адаптивного поведения субъекта позволяет свести к минимуму или вообще ликвидировать периоды длительного адаптационного напряжения, связанного с деструктивными переживаниями (состояние дистресса) и рассматривать любые ситуационные «вызовы» как вполне решаемые жизненные задачи.

Способность выстраивать долговременные модели (проекты) индивидуального развития в соответствие со значимыми и мотивирующими целями: данное свойство формируется на основе таких первичных факторов – характеристик качества психического здоровья, как завершенная личностная идентификация, наличие конструктивного жизненного сценария. Субъект с высоким уровнем развития данного функционального свойства соотносит множественные варианты развития событий с имеющимися у него стратегическими целями и установками, и разрабатывает оптимальную линию поведения с наибольшими шансами на успех. Таким образом, обеспечивается долговременная мотивация на достижение значимых промежуточных и итоговых результатов, и приверженность избранной стратегической линии. Что, во-первых, увеличивает шансы на продвижение к планируемым результатам и, соответственно, достижение ресурсного состояния деятельностного удовлетворения. А во-вторых, – на формирование такого качества, которое в ситуации агрессивно навязываемых альтернатив, обозначается как «стойкость», «устойчивость». Т.е., речь идет о том, что для такого субъекта степень агрессивности информационной среды, а так же – уровня дискомфорта, связанного с состоянием неопределенности, существенно снижается, а качество жизни, наоборот, повышается.

Способность разрабатывать и реализовывать ситуационно-стратегические адаптивные модели поведения и развития: высокий уровень развития данного свойства позволяет субъекту эффективно использовать все преимущества конкретной ситуации для достижения значимых промежуточных и конечных стратегических целей. А при наличии неустранимых препятствий – гибко менять используемые подходы с сохранением высокого темпа продвижения к планируемым результатам. Таким образом, из актуального

жизненного горизонта субъекта устраняется один из основных факторов развития антиресурсного состояния деморализации, связанный с расхождением важных стратегических установок с возникающими ситуационными императивами.

Базисная потребность в самоорганизации: данное, весьма важное интегрированное свойство дополняет схему иерархии индивидуальных потребностей А. Маслоу (1948), в традиционном варианте включающую пять потребностных уровней – физиологические, безопасности, принадлежности и любви, уважения, самоактуализации. В нашем случае к поименованным иерархическим уровням добавляется еще и шестой уровень – потребность в самоорганизации. Данный уровень достаточно четко дифференцируется от предшествующего потребностного уровня – самоактуализации – прежде всего за счет специфического содержания и вполне осознаваемого характера манифестации этого нового класса потребностей. Кроме того, по нашим данным, деятельностное удовлетворение потребностей в эффективной самоорганизации существенным образом меняет пирамидальную иерархическую конструкцию А. Маслоу. Т.е. ситуацию в сфере формирования иерархии индивидуальных потребностей теперь можно представлять следующим образом: 1) вследствие адекватного развития поименованных факторов первичного содержательного уровня актуализируются потребности в эффективной самоорганизации субъекта; 2) далее, данный потребностный уровень полноценно удовлетворяется, что и является ключевым моментом обретения осознанной независимости, т.е. возможностей эффективного контроля нижележащих (в онтогенетическом плане) потребностных уровней, и такого же эффективного контроля альтернативных сценариев блокирования неудовлетворенных потребностей с помощью паталогических адаптогенов сверхбыстрого действия; 3) с этого момента основанием конструкции является перевернутая пирамидальная вершина шестого потребностного уровня, поскольку именно этот новый класс потребностей определяет поведение субъекта и выстраивает обновленную иерархию (новый порядок) актуальных потребностей других уровней; 4) таким образом, общую конфигурацию актуальных потребностей человека, складывающуюся после ключевого перехода к шестому уровню, можно представить знаком «Х», где основанием будет пирамидальный сектор потребностей в самоорганизации, а продолжением – расходящиеся грани перевернутого классического треугольника по А. Маслоу. В этой новой структуре уровни организации традиционных потребностей меняются на иной системный принцип, соответствующий идентификационной сущности самоорганизованного человека; 5) данная конфигурация обладает существенно более высокой степенью устойчивости в агрессивной среде, поскольку эффективно профилактирует осознаваемые и неосознаваемые поиски «коротких путей к счастью» со всех возможных направлений.

3.1.8. Результирующие содержательные характеристики феномена качества психического здоровья – представляют собой описание крайне важного, интегративного свойства психики, обеспечивающего безопасность и устойчивое развитие человека в агрессивной среде. Таким интегративным свойством (рассматриваемым во временной перспективе и как процесс) по результатам проведенного комплексного исследования является способность субъекта к эффективной самоорганизации. Высокий уровень развития данного интегративного свойства позволяет успешно проходить этапы и фазы адаптивно-креативного цикла даже и в условиях агрессивного давления средовых факторов, достигать значимые стратегические цели и получать чувство деятельностного удовлетворения в результате реализации своего жизненного пути.

Таким образом, обозначенное интегративное свойство, отслеживаемое на всех этапах его становления, является главной универсальной мишенью для инновационных профилактических подходов, помогающих и развивающих практик, используемых в педагогике, практической психологии, психотерапии и психиатрии. Как понятно из всего сказанного, в зависимости от задач, решаемых в рамках конкретной помогающей или развивающей практики, данная универсальная мишень может быть представлена в

различных содержательных характеристиках-мишенях первичного и функционально-динамического уровней. Но так же – и в более элементарных характеристиках-мишенях, раскрывающих объем возможного семантического наполнения термина «самоорганизация» применительно к психике человека (например, таких как: самоактуализация, самопонимание, саморефлексия, самооценка, самочувствие, самоопределение, самоутверждение, саморазвитие, самореализация, саморегуляция, самоконтроль, самокоррекция, самосохранение, самообеспечение, самообслуживание). Что касается более масштабных мишеней, в которых свойство-процесс психической самоорганизации представлены наиболее полно, то речь здесь может идти о таких специфических психических состояниях, как «первичное ресурсное состояние» и «устойчивое ресурсное состояние» со всеми этапами их становления и развития, характеризующих функциональную готовность субъекта к преодолению сложных жизненных обстоятельств. Последняя терминология чаще всего используется в рамках профессиональной психотерапии.

3.1.9. Доказательная база по соответствию идентифицированных качественных характеристик феномена качества психического здоровья функционально-динамического уровня, а так же – результирующих содержательных характеристик принятым в рамках настоящего комплексного исследования методологическим критериям - была проработана в ходе реализации четвертого (разработка актуальных теоретических и практических аспектов направления интегративной и эклектической психотерапии) и пятого (исследование психологических и психотехнологических основ эффективной самоорганизации) фрагментов общего исследовательского проекта. При этом исследовались: группа лиц с высоким уровнем психологического здоровья (n = 1421), выделяемая из общей выборки населения с возрастом 12-55 лет по методологии ПМО; группа лиц с расстройствами адаптации, соответствующими шифру F 42.2 по МКБ десятого пересмотра (n = 2212); специальная группа сравнения (n = 221), выделенная из группы лиц с высоким уровнем психологического здоровья и сопоставимая со второй исследуемой группой по основным демографическим характеристикам, наличию стрессовых фактов и сложных жизненных обстоятельств в последние шесть месяцев, но отличающаяся по признаку отсутствия симптомов адаптационного напряжения. Основным критерием, по которому фиксировалось соответствие исследуемых качественных характеристик психического здоровья функционально-динамического содержательного уровня принятым методологическим установкам – для последних двух групп - были значимые различия в степени выраженности анализируемых свойств, а так же – в вариантах прохождения этапов и фаз адаптивно-креативного цикла. Основными используемые используемыми инструментами здесь были: методология ПМО, включающая, в том числе, и оценку характеристик функционально-динамического содержательного уровня качества психического здоровья; диагностический раздел шкалированного варианта протокола психотехнического анализа, позволяющий оценивать как степень развития исследуемых качественных характеристик, так и степень выраженности синдрома деморализации при прохождении этапов и фаз адаптивно-креативного цикла. Респонденты второй и третьей группы, кроме того, проходили тестирование с помощью специально разработанной компьютерной программы по определению уровней психологического здоровья.

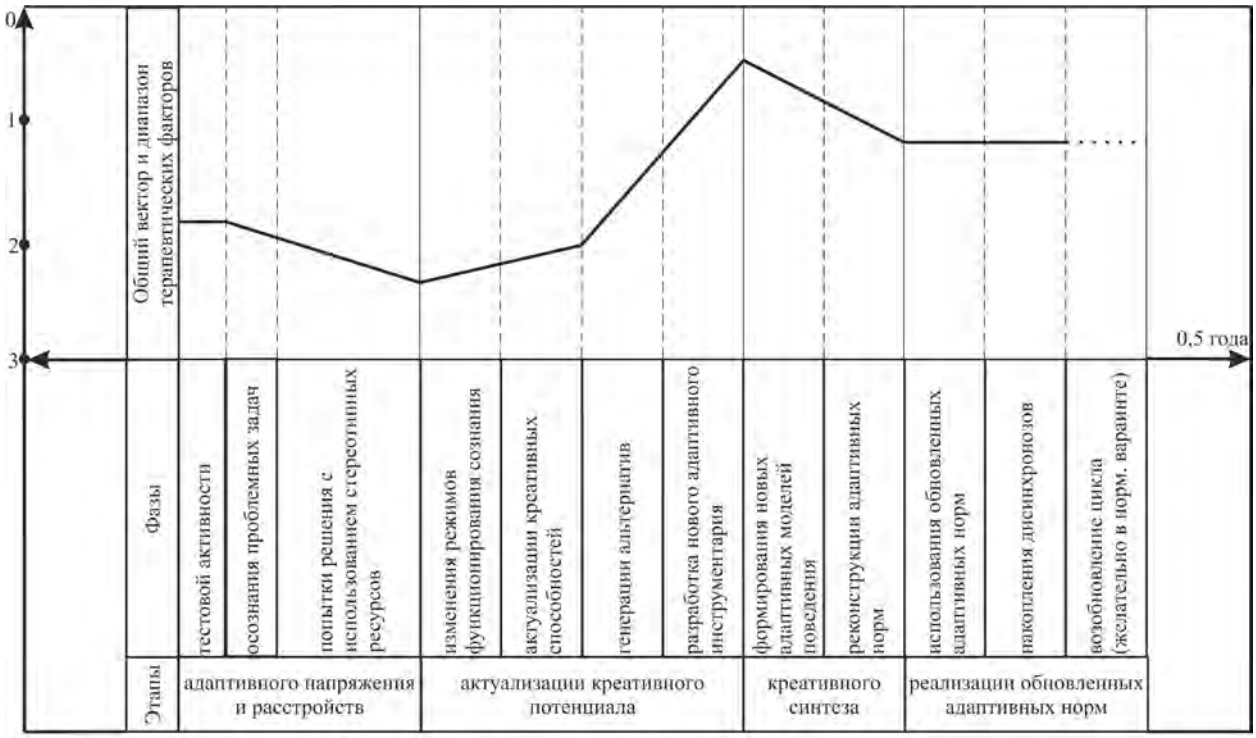
В частности, по результатам проведенного анализа было показано, что для лиц с высоким уровнем психологического здоровья, идентифицированных в общей выборке (n=1421), не характерно наличие адаптационных расстройств или каких-либо отдельных признаков, указывающих на длительное адаптационное напряжение. И, наоборот, для второй, исследуемой в настоящих фрагментах, группы лиц с отчетливыми признаками нарушения адаптации (n=2212) не характерно наличие высокой степени развития качественных характеристик психического здоровья как первичного, так и

функционально-динамического содержательных уровней. Различия по этим признакам были существенны и достоверны.

Полярные варианты прохождения адаптивно-креативного цикла, по которым можно судить о степени развития обобщающей функциональной характеристики качества психического здоровья - способности к эффективной самоорганизации – в исследуемых второй (n=2212) и третьей (n=221) группах представлены на схемах 2 и 3.

Кризисный вариант прохождения адаптивно-креативного цикла группой лиц с расстройствами адаптации представлен на схеме 2, в нижней части которой обозначены основные этапы и фазы адаптивно-креативного цикла, условно распределенные по анализируемому временному интервалу (0,5 года). Вертикальная ось схемы отражает градацию степени выраженности признаков деморализации по Дж. Франку – 0 (отсутствие признаков); 1 (единичные, слабо выраженные признаки); 2 (от 2-х до 4-х признаков слабой или средней степени выраженности); 3 (свыше 4-х выраженных признаков). Среднестатистические значения шкалированного распределения признаков синдрома деморализации в исследуемой группе лиц с расстройствами адаптации – по мере продвижения по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла – отражены в итоговом графике (1).

Схема 2 – *Кризисный вариант прохождения адаптивно-креативного цикла*



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

Как видно на схеме 2, для лиц второй исследуемой группы характерны: 1) сравнительно высокая интенсивность распределения признаков состояния деморализации по всем этапам и фазам анализируемого полугодового цикла; 2) сравнительно более продолжительный период перехода от фазы осознания проблемных задач до формирования новых адаптивных моделей поведения (при том, что последние были сформированы в процессе оказания профессиональной психотерапевтической помощи); 3) существенно более выраженный пик проявлений синдрома деморализации при прохождении собственно кризисного эпизода, охватывающего, как минимум, четыре фазы этапов адаптивного напряжения и расстройств, актуализации креативного

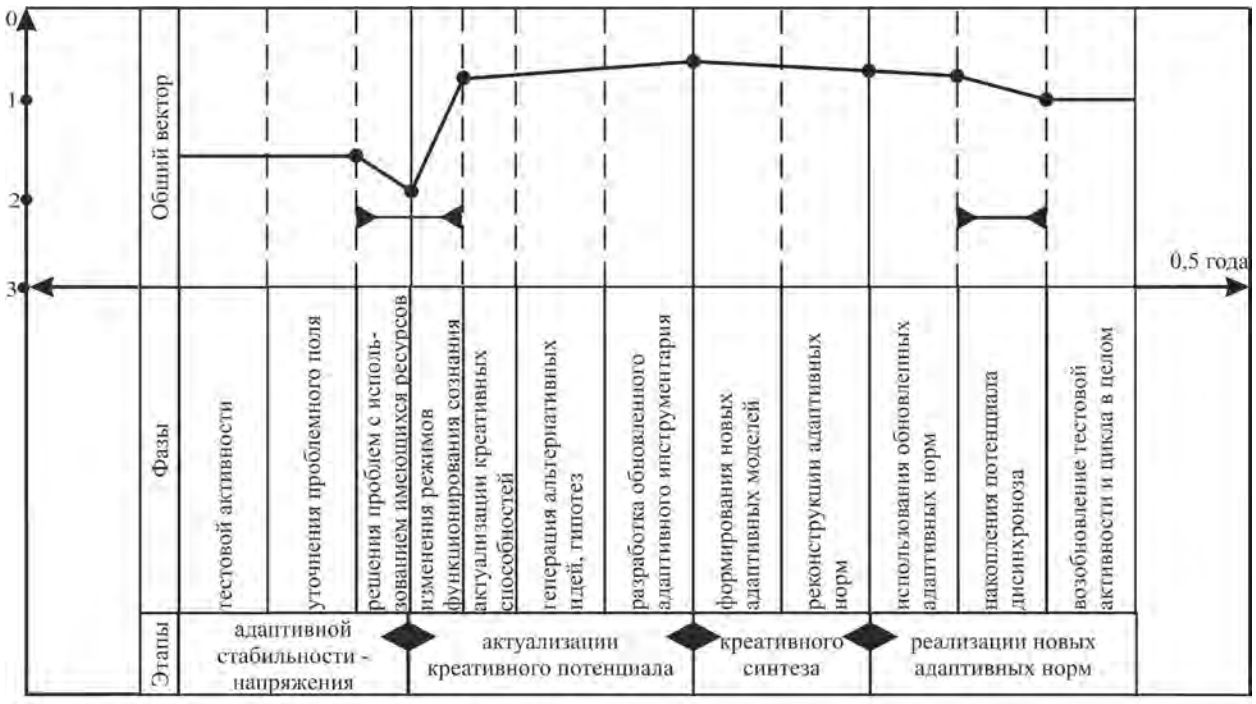
потенциала; 4) достаточно четкая дифференциация этапов и фаз адаптивно-креативного цикла.

И, наоборот, при анализе конструктивного варианта прохождения адаптивно-креативного цикла представителями третьей исследуемой группы отмечались: 1) минимальная выраженность признаков состояния деморализации на всех этапах и фазах анализируемого цикла; 2) сравнительно короткий период перехода от фазы осознания проблемных задач до формирования новых адаптивных моделей поведения (при том, что для формирования последних, как правило, не требовалось какое либо постороннее вмешательство); 3) существенно менее выраженный пик отдельных и слабо выраженных проявлений синдрома деморализации (эти проявления, обычно, укладывались в такой общий термин, как «эпизодическая озабоченность») при прохождении собственно кризисного эпизода, охватывающего, как максимум, две фазы этапов адаптивного напряжения и расстройств, актуализации креативного потенциала; 4) нечеткая дифференциация этапов и фаз адаптивно-креативного цикла, указывающая на опережающее «включение» креативно-пластического потенциала.

По всем вышеприведенным параметрам различия между второй и третьей сравниваемыми группами были существенными и достоверными. Что интерпретируется нами как доказательство антагонистической взаимозависимости исследуемых качественных характеристик психического здоровья функционально-динамического и результирующего уровней, и ранжированных проявлений синдрома деморализации.

В целом же, результаты анализируемых фрагментов свидетельствуют о дееспособности общей концепции качества психического здоровья, формируемой на основании проработанных контекстов и детально разработанной методологии, в плане перспективы реализации важных социальных задач, имеющих непосредственное отношение к обозначенному контексту.

Схема 3 – *Конструктивный вариант прохождения адаптивно-креативного цикла*



Основные характеристики нормативного варианта
Ⓐ Диффузия основных этапов
Ⓑ Сокращение периодов адаптивной "турбулентности"

В частности, при разработке такой, прагматически ориентированной концепции качества психического здоровья – в ходе реализации второго фрагмета комплексного

исследовательского проекта – было убедительно показано, что при формировании патологической зависимости имеет место определенная последовательность событий: формирование дефицита свойств психологического здоровья – устойчивости, приводящего к слабости интегративной функции самоорганизующего, целенаправленного поведения и дезорганизации соответствующих мотивационных структур; манифестация адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации, блокирующего и без того дефицитарную функцию самоорганизации; актуализация чаще неосознаваемого ресурсного запроса, направленного в сторону «короткой дороги к счастью», прохождение которой связано с употреблением ПАВ и реализацией специальных психотехнологий измененного сознания; удовлетворение запроса на сверхбыстрый ресурсный доступ с высокой вероятностью формирования химической либо деструктивной психологической зависимости – патологических форм адаптации субъекта.

В данном случае имеет значение практически идеальное совпадение характера неосознаваемого ресурсного запроса с уникальным комплексом свойств, присущих психоактивным веществам, и деструктивными психотехнологиями – и те, и другие являются адаптогенами сверхбыстрого действия, универсальными заменителями нереализованных потребностей, эффективными протекторами «чудесного» появления желаемых личностных свойств или форм поведения, успешными блокираторами негативной эмоционально заряженной памяти (в том числе памяти о пережитой физической и душевной боли).

Упрощенные представления о взаимодействии этих двух составляющих рассматриваемого потребностного цикла, как показывает противодействующая социальная практика последних десятилетий, не приводят к искомым результатам. В то же время, на основании отмеченных закономерностей выстраиваются эффективные профилактические, терапевтические и реабилитационные программы, представленные как «дальними», так и «ближними» подходами, первые из которых направлены на преодоление исходного дефицита в системе универсальных факторов качества психического здоровья, а вторые – на форсированное развитие искомых свойств. В частности, в корректных экспериментах, реализуемых по второму фрагменту комплексного исследовательского проекта, показано, что эффективность таких инновационных технологий на порядки превышает традиционный институциональный уровень.

Главный прагматический вывод, который следует из всего сказанного, заключается в том, что в условиях агрессивной (и все более ухудшающейся в этом смысле) среды в качестве единственной актуальной альтернативы утрачиваемым естественным саногенным механизмам может выступать лишь форсированное развитие высокого уровня самоорганизующей активности человека, трансформируемого в устойчивый адаптационный потенциал. Последний, как и было показано в проведенном комплексном исследовании, обеспечивает высокое качество жизни, эффективное социальное функционирование субъекта в агрессивной среде.

Далее, на основании проведенных нами исследований можно считать полностью доказанным тот факт, что приверженность к так называемому здоровому образу жизни не является самодостаточным или изолированным свойством человеческой психики. Наличие данной позиции у субъекта – есть следствие общего высокого уровня развития у него качественных характеристик психического здоровья и гарантия того, что сформированная таким образом позиция не изменится под давлением времени и обстоятельств. В данной связи, представляется логичным, чтобы основные профилактические усилия, предпринимаемые в социальном секторе для обеспечения высоких уровней здоровья населения, были направлены, в том числе, и на профессиональную работу с идентифицированными мишенями – качественными характеристиками индивидуального, и социального психического здоровья.

3.2. Системные характеристики феномена качества психического здоровья

3.2.1. Вводные сведения

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

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

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

Матричный принцип выведения системных характеристик рассматриваемого феномена, в нашем случае, предусматривал дифференциацию следующих уровней общего, функционального каркаса категории качества психического здоровья и описание их системного взаимодействия: 1) установочного, на котором определяются базисные контексты и методологические принципы, на основании которых выстраивается исследовательская программа; 2) идентификационного, на котором разрабатываются соответствующие методологические подходы и определяются инструменты реализации исследовательской программы; 3) структурно-содержательного, раскрывающего функциональную иерархию содержательных характеристик феномена качества психического здоровья; 4) технологического, проясняющего основные (универсальные и специфические) механизмы форсированного развития высоких уровней индивидуального и социального психического здоровья; 5) инструментально-методологического, показывающего возможность разработки системы адекватных промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих уровни развития индивидуального и социального психического здоровья, фиксации значений данных индикаторов в исследовательской и рутинной практике; и, соответственно, возможность разработки базисной исследовательской программы в рассматриваемой сфере; 6) институционального, адресующегося к организационным моделям, обеспечивающим форсированное развитие искомых уровней качества индивидуального и социального психического здоровья в требуемых масштабах; и, следовательно, решающего по существу важнейшие социальные задачи, содержание которых и определяло исходный базисный контекст исследовательской программы; 7) собственно системного – который в нашей текстовой рубрикации занимает особое место по уже приведенным аргументам – представленного двумя рядами взаимозависимых признаков: настоящим – функциональным, со всеми перечисленными уровнями (в данном ряду первые три уровня представляют, в основном, идентификационные характеристики, а следующие три – организационно-прагматические характеристики рассматриваемого феномена); и внешним, мета-функциональным.

Вышеобозначенные уровни – от первого до седьмого – выводятся на основании понятного функционального принципа и соотносятся по типу взаимозависимости, взаимодополнения, взаимопотенцирования. Т.е., каждый из этих уровней, представляющий определенный функциональный аспект феномена качества психического здоровья, не может быть осмыслен только в своих собственных границах и в полном объеме репрезентируется лишь в совокупности со всеми остальными идентифицированными аспектами исследуемой категории здоровья.

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

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

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

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

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

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

В частности, о состоятельности психодинамического направления в интерпретации основных компонентов категории психологического здоровья свидетельствуют работы, подтверждающие важность неосознаваемых механизмов интегративной психической деятельности, обеспечивающих качество психических процессов (F.A. Hayek, 1978). Также находят подтверждение данные о повышенном значении эмоциональных реакций на неосознаваемые стимулы (O.E. Goncalves, A.E. Ivey, 1987). Известный психотерапевт J.D. Frank (1974) по материалам своих исследований делает вывод о важности динамики бессознательных установок в отношении общей интенции и направленности психических процессов у индивида для формирования удовлетворительного терапевтического результата (т.е. приемлемого уровня психологического здоровья). Ряд исследований, проведенных, в том числе и в последние десятилетия, подтверждает жизнеспособность и эффективность многих идей Зигмунда Фрейда относительно колоссального значения неосознаваемых инстанций психического в общей динамике психологического статуса индивида, больших и малых групп (J.F. Kihlstrom, 1981; M. Svartberg, T.C. Stiles, 1991; Crits-Christoph, 1992; B. Karon, J. Widener, 1995). И в то же время многими

исследователями отмечается тот факт, что психодинамика неосознаваемых психических процессов является наиболее сложным и, соответственно, субъективно интерпретируемым аспектом проблемы психологического здоровья (D. Spence, 1984).

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

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

Ряд авторов специально выделяют эмоциональную составляющую в структуре факторов, определяющих уровень психологического здоровья. В частности, аксиоматичным является то утверждение, что стресс порождает негативные эмоции, негативные эмоции стимулируют развитие негативных когниций, а в результате имеет место общее снижение психологической адаптации (L. Parkinson, R. Rachman, 1980). Эмоциональный фон существенно влияет на восприятие (R. Kennedy, E. Craighead, 1982), память (G. Bower, 1983), внимание (J. Forgas, 1995). В то же время эмоции – это лишь неустойчивое и нечеткое измерение опыта. Следовательно, эмоциональный параметр – наименее надежный в определении уровня психологического здоровья (C. Goldberg, 1986; L. Greenberg, R. Elliot, G. Lietaer, 1994). При этом, однако, констатируется, что в любых технологиях формирования высоких уровней психологического здоровья эмоциональный контакт клиента с терапевтом имеет определяющее значение (S.L. Garfield, 1992).

Экзистенциально-гуманистическое или интегральное направление в концепции психологического здоровья, развиваемое на основе супрапарадигмального понимания функций «Я», начиналось с работ A.H. Maslow (1943), утверждавшего, что «Я» – центральный элемент в опыте человека. В последующем многие исследователи убедительно доказывали центральную роль «Я» в общем конгломерате психических функций, обеспечивающих высокий уровень индивидуальной адаптации. H. Kohut (1971) считал феномен «Я» сущностью индивидуальной устойчивости к воздействиям среды. G. Bateson (1972) обращал внимание на то, что в основном, самодостаточные, в смысле «Я», люди сами создают себе стимулы для развития и в гораздо меньшей степени зависят от средовых стимулов. M.B. Smith (1978) подчеркивал значение личностных смыслов и самого процесса поиска смыслов в динамике развития адаптационных возможностей человека. В таком же ключе высказывался R. Kegan (1982), в частности утверждавший, что личностный смысл придается всякому индивидуальному опыту. R. Dell (1982) считал, что «Я» выступает в качестве основного регулятора психологического гомеостаза человека. A.W. James (1984) и V. Guidano (1987) подчеркивали роль завершения процесса идентичности в динамике саморегуляции. По мнению H.G. Furth (1992) познание и научение способствуют повышению адаптационных кондиций человека не сами по себе, а лишь раскрывая систему «Я». O. Kernberg (1989) утверждал, что «Я» в той степени ценно,

в которой оно осуществляет контроль над поведением человека. B.E. Wolfe (1995) в большой обзорной работе приходит к выводу, что «Я» – это сущностный и интегрирующий конструкт психологических свойств.

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

Таким образом, следует констатировать факт того, что различные концепции психологического здоровья, обращенные к предметной сфере качественных характеристик более общей и сложной категории психического здоровья – и в этом смысле тождественные – в содержательном плане отражают разные реальности. И что суть основной методологической проблемы как раз и заключатся в дефиците научно аргументированного, концептуального видения общей предметной сферы, к которой так или иначе обращены перечисленные теоретические построения. Но, главное – в отсутствии дееспособного методологического инструментария адекватного сведения «разнокалиберных» и «разномастных» концептов психологического здоровья в единую систему на основе понятного функционального принципа. Тем более ясно, что без адекватного решения этой сложной задачи говорить о каком-то осмысленном системном позиционировании и взаимодействии идентифицированных нами качественных характеристик феномена психического здоровья с любыми другими концептами психологического здоровья – не приходится.

Дополнительными и весьма существенными дивидендами продвижения в данном вопросе является перспектива адекватного решения, по крайней мере, нескольких проблемных узлов – основных «симптомов» кризиса в психологической науке. По мнению многочисленных исследователей, эти кризисные признаки заключаются, в том числе, и в отсутствии единой, разделяемой всеми теории; разделении на «психологические империи», такие как когнитивизм, психоанализ, бихевиоризм, каждая из которых живёт по

своим собственным законам; отсутствии универсальных критериев добывания, верификации, адекватности знания; некумулятивности знания, вследствие чего каждое новое психологическое направление объявляет всю предшествующую ему психологию набором заблуждений и артефактов (А.В. Юревич, 1999, 2001, 2005, 2006; В.А. Мазилов, 2006; А.Н. Ждан, 2007; В.А. Кольцова, 2007).

Предлагаемый нами и апробированный в ходе реализации настоящего комплексного исследовательского проекта методологический подход изначально нацелен на преодоление поименованных методологических проблем и сложностей. Так, например, в русле данного подхода – в соответствие с направлениями современной эпистемологии, наиболее адекватными для рассматриваемой сферы качества психического здоровья – продекларирован отказ от абсолютного статуса истины. Следовательно, общая предметная сфера, к которой обращены многочисленнее концепты психологического здоровья, может быть представлена в виде постоянно трансформирующейся матричной структуры, а не только в статусе традиционной модели общей, разделяемой всеми теории. Процесс выверенного, научно-методологического картографирования данной матричной структуры – с чего, собственно, должны начинаться, и чем – заканчиваться системные исследования – определяет актуальный горизонт предметной сферы изучаемого феномена. А базисная исследовательская программа (в понимании И. Лакатос, 1975), разработанная для этих целей, в данном случае и есть инструмент сведения разнонаправленных концептов в объемную системную конструкцию. В такой общей конструкции, в отношении каждого привносимого концепта присутствует ясное понимание методологического контекста, из которого выводятся его содержательные характеристики. А так же – понимание того, в какой степени и в каких других общих методологических контекстах содержательные характеристики различных концептов психологического здоровья могут эффективно дополнять друг друга. Так, например, в ходе выполнения четвертого исследовательского фрагмента по разработки интегративного и эклектического направления профессиональной психотерапии нами было показано, что идентифицированные качественные характеристики феномена психического здоровья выполняют функцию универсальных мишеней, имеющих особое значение при оформлении макротехнологического и метатехнологического уровней психотерапевтической коммуникации. В то же время концепты психологического здоровья, присущие различным психотерапевтическим школам и направлениям, представляют структурно-технологический уровень психотерапевтической коммуникации. Но такая их комбинация отнюдь не умаляет значение каждой, отдельно взятой концептуальной структуры, а, напротив, обеспечивает искомый синергетический эффект. Весовое значение каждого учитываемого признака – качественной характеристики психического здоровья или их агрегированной структуры в обеспечении такого эффекта, может быть продемонстрировано в соответствующих математических расчетах. Более подробно обсуждаемая базисная исследовательская программа и принципы системной организации концептов психологического здоровья в общем контексте направления интегративной и эклектической психотерапии рассматриваются нами при описании инструментально-методологического и технологического уровней функционального каркаса категории качества психического здоровья.

Обобщая все сказанное по данному подразделу, отметим факт того, что разработанный методологический подход совмещает основополагающие принципы получения и организации научного знания, необходимые в рассматриваемой сфере, которые с одной стороны должны обеспечивать их надежность и воспроизводимость при соответствующих стандартных условиях. А с другой – открытость к корректному сопоставлению в рамках специально разработанной исследовательской программы. Такая исследовательская программа (в понимании И. Лакатос, 1975), собственно и выполняет функцию подлинного системообразующего стержня рассматриваемой области знаний, поскольку именно в рамках данной базисной программы и реализуется вся совокупность

процессов по выстраиванию объемного, предметного горизонта феномена качества психического здоровья. В рамках такого горизонта только и могут устанавливаться конкретные типы, и значения взаимозависимости между различными качественными характеристиками, и концептами психологического здоровья.

3.2.3. Вопрос соотношения категории психического здоровья и дифференцируемого феномена качества данной объемной, и сложной категории имеет, по крайней мере, три проблемные плоскости: 1) выявления степени взаимозависимости биологических (т.е. определяемых в традиционных критериях наличия-отсутствия признаков психических и поведенческих расстройств) и собственно качественных параметров категории психического здоровья; 2) предметного позиционирования качественных характеристик в общем понятии психического здоровья; 3) выведения – ходе продвижения в решении двух первых вопросов – собственно системных характеристик категории психического здоровья. В данной последовательности мы и будем рассматривать соответствующие результаты комплексного исследовательского проекта.

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

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

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

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

здоровья обнаруживается по фактору высокой степени вовлеченности в религиозное мировоззрение.

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

- фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 6,3:1);
- фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 6,1:1);
- фактор принадлежности к высокому уровню соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 4,16:1);
- фактор занятости в силовых ведомствах (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья – дифферент 3,55:1);
- фактор нисходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 3,5:1);
- фактор возрастной группы 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья – дифферент 2,9:1);
- фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,67:1);
- фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,39:1);
- фактор высокой заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,24:1);
- фактор наличия средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,23:1);
- фактор высокого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,18:1);
- фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,15:1).

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

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

- фактор средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 66,87:1);
- фактор восходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 52:1);
- фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 28:0);
- фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 21,6:0);

- фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 20,4:1);
- фактор высокого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 7,78:1);
- фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 7,1:1);
- фактор принадлежности к возрастной группе 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 5,78:1);
- фактор наличия выраженной степени позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 5,36:1);
- фактор высокой степени заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 4,9:1);
- фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 4,7:1);
- фактор принадлежности к группе с высоким уровнем соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 4,65:1);
- фактор принадлежности к возрастной группе 17-21 лет (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 4,42:1);
- фактор низкого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 4,04:1);
- фактор принадлежности к профессиональной группе, занятой в системе образования (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 3,3:1);
- фактор принадлежности к корейской национальности (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 3,07:1);
- фактор проживания с первой (родительской) семьей (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 2,69:1);
- фактор принадлежности к украинской национальности (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 2,29:1).

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

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

- общее количество наиболее чувствительных, в отношении распределения высоких и низких уровней рассматриваемых категорий здоровья факторов, для психического здоровья составило – 12, для психологического – 18, что говорит о сравнительно большей степени динамичности и чувствительности к внешним воздействиям категории психологического здоровья;
- значения дифферентов для группы чувствительных факторов в отношении распределения изучаемых уровней психологического здоровья на порядок превышали значения дифферентов для группы активных факторов категории психического здоровья (66,87-2,29 и 6,3-2,15), что также свидетельствует о более динамичной организации данного уровня функциональной активности психики (психологическое здоровье);
- особенности иерархии построения системы факторов, в зависимости от степени регрессионной динамики чувствительности в отношении распределения высоких и низких уровней психического и психологического здоровья, показывают, что для категории психического здоровья наиболее чувствительными являются биологические и, в существенно меньшей степени, социальные факторы. Для категории психологического здоровья – социальные факторы.

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

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

Наша интерпретация полученных по второму исследовательскому фрагменту результатов заключается в том, что сама по себе степень рисков цитируемых факторов не абсолютна и зависит от влияния, которое они оказывают на универсальную систему риска – устойчивости, идентифицированную при настоящем комплексном исследовании. Если по каким-либо причинам такое деструктивное влияние существенно ослаблено или компенсировано (например, за счет активного эволюционного или форсированного

развития качественных характеристик психического здоровья), то значения рисков, приписываемых данным факторам, стремятся к нулю.

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

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

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

Результирующий профиль двух главных аспектов категории психического здоровья, в совокупности, дает понимание общего функционального объема данной сложной категории и определяет место сектора психического здоровья в еще более емком понятии интегрального здоровья.

Функциональное определение категории психического здоровья, сформулированное в ходе реализации настоящего исследовательского проекта, в связи со всем сказанным, следующее: под психическим здоровьем понимается сложная, системно-организованная категория, основные функциональные структуры которой – биологические, обеспечивающие базисную способность индивида к адекватному взаимодействию с реальностью в качестве полноценного субъекта, и качественные, обеспечивающие эффективную самоорганизацию, адаптацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде – находятся в отношениях сложной взаимозависимости, с наличием множественных прямых и обратных связей. Характер, тип и количественное выражение

таких связей определяются в ходе исследований, методология которых позволяет отслеживать динамику учитываемых, биологически детерминированных и качественных признаков категории психического здоровья, производить соответствующие математические расчеты; и уточняются в ходе реализации базисной исследовательской программы, выполняющей, в данном случае, важнейшую функцию системообразующего стержня.

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

3.2.4. Специфика системного взаимодействия феномена качества психического здоровья с понятием интегрального здоровья представлена, в том числе, и тем, что именно за счет разработки всего комплекса вопросов, связанных с идентификацией соответствующих качественных характеристик, раскрывается содержание интересующего нас фрагмента известного определения здоровья ВОЗ (1958). Т.е., речь идет о «... состоянии полного... психического и социального благополучия ...», которое следует отличать от статуса «... отсутствие болезней и ... дефектов».

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

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

- соматическое здоровье – способность присутствовать и развиваться в реальности в качестве полноценного биологического объекта;
- психическое здоровье (биологически детерминированные аспекты) – способность к адекватному взаимодействию с реальностью в качестве полноценного субъекта;
- психическое здоровье (качественные аспекты) – способность к эффективной самоорганизации, обеспечивающей адекватную адаптацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде.

Приведенные функциональные дополнения раскрывают концепт интегрального здоровья с позиции актуальных эволюционных и социальных контекстов Новейшего времени. Т.е., эти дополнения ориентированы, прежде всего, на перспективу эффективной компенсации прогрессивно утрачиваемых саногенных механизмов, рассматривая поименованные компоненты интегрального здоровья как потенциальные способности, которые нужно развивать. Соответственно, здесь присутствует очевидный акцент на способности человека и общества к эффективной самоорганизации, за счет чего, собственно, и возможен переход на обновленные – в духе времени – параметры порядка, регулирующего уровни адаптации и здоровья в социуме. Приоритетным компонентом в данном перечне функциональных дополнений к понятию интегрального здоровья, таким образом, являются качественные характеристики психического здоровья, что адекватно

заявляемому проспективному – т.е. ориентированному на будущее – подходу и вполне созвучно с реалиями сегодняшнего дня.

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

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

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

В контексте рассматриваемого научного подхода описываются варианты конструктивного выхода из крутой спирали катастрофического сценария развития, связанные с возвратом к общему «стволу», из которого берут начало несущие параметры порядка, с почти неизбежным пересмотром общих принципов их формирования.

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

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

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

На каком-то, желательно более раннем этапе, адаптивные дивиденды, получаемые в результате реализации такого «усовершенствованного» варианта базисного цикла, должны полностью перекрывать утрату регулятивных механизмов естественного отбора,

обеспечивать существенное расширение горизонтов бытия и повышение качества жизни современного человека.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– *этапы адаптивно-креативного цикла* (в нашем случае, такого рода цикл, в отличие от упрощенных, классических схем, оформляемых в духе био-психо-социального подхода, представлен максимально полным набором этапов и фаз, имеющих значение при исследовании сложного процесса адаптации, а так же – при оказании профессиональной помощи субъекту, находящемуся в кризисном периоде своего развития. Проспективный

вектор разворота данного цикла, в свете всего сказанного, безусловно, ориентирован на доминирование внутреннего локуса контроля (Д. Роттер, 1947), т.е., на реализацию обновленной формулы: «человек – начало всех вещей»);

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

– *специфика активности взаимодействующих агентов развития* (особое значение в нашей модели придается вопросам подготовки и результирующему уровню профессиональной деятельности так называемых внешних агентов развития – фасилитаторов, психотерапевтов, консультантов и др. – в чьи функции входит форсированное развитие качественных характеристик психического здоровья и высоких адаптивных кондиций субъекта. А также – разработке организационных моделей, обеспечивающей максимально возможную эффективность реализации соответствующих направлений профессиональной деятельности).

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

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

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

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

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

3) *решения проблемной ситуации с использованием имеющихся ресурсов* – т.е., с позиции накопленного объема знаний, умений, навыков; признание безуспешности такого

рода стратегии на основе отрицательной обратной связи; дальнейший рост адаптационного напряжения с максимальной выраженностью признаков синдрома деморализации.

Особенностью конструктивного варианта прохождения данного этапа являются существенное сокращение длительности, а так же – минимальная выраженность признаков адаптационного напряжения и состояния деморализации на второй – третьей фазах. В то же время, для кризисного варианта, наоборот, характерны растягивание длительности или даже «застревание» субъекта на второй – третьей фазах рассматриваемого этапа, и максимальная выраженность состояния деморализации. Антиресурсный статус субъекта, препятствующий креативному синтезу, является, таким образом, основной мишенью для помогающих и развивающих практик, представляющих основной «включенный» потенциал эффективной самоорганизации.

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

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

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

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

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

Реализация вышеприведенных фаз рассматриваемого этапа в относительно короткие временные периоды с актуализацией креативного потенциала в полном объеме, обычно, имеет место при конструктивном варианте прохождения адаптивно-креативного цикла

(что предполагает высокий уровень развития качественных характеристик психического здоровья у субъекта); либо – в условиях кризисного варианта – при использовании «включенного» потенциала соответствующих помогающих и развивающих практик.

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

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

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

Этап реализации обновленных адаптивных норм; на данном этапе осуществляется разработка дивидендов, получаемых в результате институализации обновленного свода адаптивных идиом и правил, а так же – подготовка следующей стимульной волны, генерирующей новые импульсы к развитию системы среда – человек – феномен самоорганизованного поведения – среда. Этап содержит следующие фазы:

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

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

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

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

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

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

Так, например, наиболее распространенная методика оценки качества жизни «SF-36 HEALTH STATUS SURVER» включает четыре параметра, имеющих отношение к оценке состояния психического здоровья – жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психическое здоровье. Каждый из этих параметров может быть адресован как к биологическим, так и к качественным аспектам категории психического здоровья, в зависимости от методологии исследования. Далее, опросник включает еще четыре параметра, адресованных к оценке состояния физического здоровья – физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, общее здоровье. Т.е., в принципе – с использованием данного опросника – существует возможность исследования взаимозависимости качественных характеристик психического и физического здоровья, а так же – определять вклад каждого компонента в общее функциональное состояние (качество жизни) субъекта. Однако, соответствующие параметры методика оценки качества жизни, оценивающие уровень психического комфорта субъекта в определенный период времени, в этом случае, могут лишь дополнять методологию комплексного исследования качественных характеристик психического здоровья.

3.3. Технологические характеристики феномена качества психического здоровья

3.3.1. Вводная информация

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *пластика Я. С* позиции темпорального принципа организации психических процессов, такая высокоинтегрированная, синтетическая система, как Я, понимаемая, в том числе, и как эпифеномен всех видов памяти субъекта, изначально предрасположена к активности в гиперпластическом режиме, что доказывается самой возможностью образования Я-феномена. Синергетический режим внесознательных инстанций актуализирует гиперпластический потенциал Я, вследствие чего появляется возможность терапевтической диссоциации личностного ядра субъекта, вовлеченного в данный процесс, по отношению к своим множественным компонентам: Я-функциям (Я-памяти, Я-мышлению, Я-поведению и пр.); Я-свойствам (например, идентифицированным качественным характеристикам психического здоровья); Я-статусам (Я-ребенку, Я-родителю, Я-партнеру, Я-профессионалу и др.). Соответственно, вероятность эффективной трансформации тех диссоциированных компонентов психической

активности субъекта, которые и являлись причиной появления адаптационных расстройств, существенно возрастает. С позиции всего вышесказанного особенно важной представляется возможность терапевтической трансформации и форсированного развития Я-свойств, обеспечивающих высокие уровни самоорганизации и устойчивости к агрессивному воздействию среды;

- *пластика времени. В* условиях синергетической активности внесознательных инстанций существенно облегчается возможность ретроспективных и проспективных перемещений во времени, достижения возрастной регрессии и прогрессии, эффективной проекции планируемых результатов в будущее. С позиции разрабатываемого нами подхода особенно важно, что за счет механизмов временной пластики могут эффективно решаться проблемы компенсации деструктивного варианта прохождения жизненных кризисов (по Э. Эриксону), выстраиваться конструктивные жизненные сценарии с их устойчивой проекцией в будущее, формироваться ресурсная метапозиция, характерная для зрелого человека;
- *пластика обстоятельств. В* условиях синергетической активности существует возможность терапевтической модификации актуальных жизненных обстоятельств субъекта – прошлых и ожидаемых будущих. Такая возможность реализуется за счет акцентирования или усиления концентрации каких-либо значимых аспектов ситуации, удаления из ситуации травмирующих «шумовых» моментов, выхода за пределы ситуации с одновременным умалением степени ее значимости – т.е. достижения ресурсной трансценденции – и др.;
- *пластика контекстов. В* условиях гиперпластического пространства трехуровневой развивающей коммуникации существует возможность терапевтической трансформации негативно-эмоциональных, антиресурсных контекстов какой-либо настоящей, а с учетом потенциала временной пластики – прошлой и будущей ситуации, в позитивно-эмоциональный ресурсный контекст, при сохранении событийного строя происходящего. Т.е., речь идет о том, что травматическую память, негативное восприятие настоящего и ожидание будущего – можно перевести в полярно противоположные терапевтические контексты с одновременным форсированным развитием устойчивого ресурсного состояния, профилактирующего поисковое поведение субъекта, например, в сторону добывания адаптогенов ультрабыстрого действия;
- *множественная гиперпластика.* Данный феномен является интегративной содержательной характеристикой синергетической стратегии внесознательных инстанций, обеспечивает высокую скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации, гиперпротекцию используемых структурированных технологий – психотерапевтических, консультативных, тренинговых, воспитательных, образовательных, высокую скорость конструктивных изменений субъекта в избранном направлении. Феномен множественной гиперпластики может быть обозначен как «разлитое» трансовое состояние измененных характеристик импульсной активности сознания субъекта, для которого, в отличие от индуцированного транса, не характерен «увод» осознаваемого личностного ядра на периферию сознания. Напротив, уровень креативной активности данной инстанции психики субъекта здесь только лишь возрастает.

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

достижения соответствующих конструктивных изменений у субъекта, в этом случае, существенно возрастает.

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

Из всего вышесказанного следует, что основа множественной гиперпластики – главного условия, обеспечивающего скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации – есть управляемая адаптационная активность внесознательных инстанций субъекта. Такого рода экологически выверенное управление обеспечивается специально разработанными метатехнологическими подходами, основу которых представляют специфические статусные характеристики фасилитатора (психотерапевта, консультанта, тренера, воспитателя) и определенные профессиональные навыки, «всегда присутствующие» в общем поле развивающей коммуникации. Далее, такая ресурсная метатехнологическая поддержка субъекта – в идеале – должна осуществляться на всех этапах кризисного варианта прохождения адаптивно-креативного цикла и эффективно сочетаться с макротехнологическими стратегиями переструктурирования данного цикла, а так же – используемыми структурированными технологиями.

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

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

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

В содержательном плане характеристики макротехнологического уровня развивающей коммуникации представлены нижеследующими стратегиями: *лонгитюдными,* охватывающими весь терапевтический или развивающий цикл; *кросс-секционными,* сфокусированными на особенностях построения и прохождения этапов психотерапевтической сессии, тренинга или любой другой развивающей технологии; *когерентными,* рассматривающими варианты «стыковки» психотерапии с другими помогающими и развивающими практиками (консультативными, тренинговыми и пр.).

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

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

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

В содержательном плане метатехнологический уровень развивающей коммуникации, во-первых, включает номинацию используемых метатехнологий – диагностических и конструктивистских; во-вторых – характеристики полноты и адекватности основных метатехнологий в кросс-секционной стратегии оформления дифференцированных этапов отдельной терапевтической, консультативной, тренинговой или иной развивающей коммуникации; и, в-третьих – номинацию универсальных механизмов, в совокупности обеспечивающих искомый функциональный результат используемых технологий.

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

3.3.2.3. Структурно-технологический уровень развивающей коммуникации ориентирован, с одной стороны, на эффективное решение актуальной для субъекта проблемной ситуации, а с другой – не всегда афишируемой – на достижение универсальных целей терапевтического или иного развивающего процесса,

сформулированных в соответствии с многочисленными концептами психологических и психотерапевтических направлений и школ. С нашей точки зрения такой универсальной мишенью для кластера структурированных психотерапевтических техник являются дефицитарные уровни развития психологических свойств, обеспечивающих устойчивость и возможность конструктивной адаптации субъекта в агрессивной среде. Планируемым «идеальным» результатом здесь, соответственно, является эффективное разрешение проблемной ситуации, заявляемой субъектом. А так же – достижение приемлемого уровня развития упомянутых свойств – такого, который обеспечивает эффективную самоорганизацию, устойчивое развитие, высокие уровни качество жизни и социального функционирования субъекта, даже, и в условиях агрессивной среды.

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

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

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

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

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

Таким образом, основными единицами психотехнического анализа собственно структурно-технологического уровня – в настоящем фрагменте, психотерапевтической коммуникации – является динамика трансформации структурируемых мишеней, достигаемая за счет использования специфических технических кластеров. Данный тезис следует принимать с учетом того обстоятельства, что идентификация таких мишеней, так или иначе имеющих отношение к личной истории вовлеченного субъекта, в существенно большей степени связана со «школьной» историей подготовки специалиста. Вследствие чего, именно этот, структурно-технологический уровень психотехнического анализа оформляется согласно традициям конкретной психотерапевтической или психологической школы. Так называемые общетерапевтические факторы, имеющие отношение к характеристикам статуса клиента, терапевта и системе устанавливаемых терапевтических отношений, и столь же произвольно формулируемые в контексте разнообразных «школьных» идеологий, сюда не включаются, поскольку в корректных экспериментах и процедурах агрегации была доказана их принадлежность к идентифицированным единицам психотехнического анализа макротехнологического и метатехнологического коммуникативных уровней.

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

множества используемых психотерапевтических и иных помогающих и развивающих методов, технологий и структурированных техник.

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

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

Наиболее ценным аспектом психотехнического анализа является возможность аргументированного прояснения того, за счет каких именно технологических подходов достигается планируемый результат в процессе профессиональной помощи субъекту или группе; или, наоборот, вследствие каких именно технологических просчетов и ошибок такого результата получить не удалось. Усложненный вариант психотехнического анализа используется в исследовательской практике с целью определения сравнительной эффективности помогающих и развивающих технологий. Использование данного инструмента повышает эффективность комплексного эпистемологического анализа множества психотехнических теорий, проясняя вопрос их сущностного (предметного) сходства или отличия.

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

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

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

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

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

– главные компоненты психотехнического анализа должны быть ориентированы на стержневые положения концепции качества психического здоровья, в частности – на разработанные варианты прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла. Таким

образом, должна обеспечиваться системная целостность этой общей методологии, способствующей повышению качества оказываемой профильной помощи;

– универсальные и специальные индикативные шкалы, являющиеся основными инструментами рассматриваемой оценочной системы, должны точно соответствовать и ясно демонстрировать степень выраженности факторов, обеспечивающих эффективность психотехнического – помогающего или развивающего – процесса с позиций основополагающих, и подтвердивших свою дееспособность, по результатам реализации соответствующих фрагментов базисной исследовательской программы, концептов трехуровневой развивающей коммуникации;

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

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

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

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

– прикладной промежуточный результат разработки и совершенствования методологии психотехнического анализа помогающих и развивающих практик

заключается в том, что на ее основе может и должна быть разработана специальная компьютерная программа профессионального самотестирования и самообучения, доступная для каждого заинтересованного специалиста и способная существенно повысить его профессиональную эффективность;

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

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

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

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

– вариант, ориентированный на повышение мотивации к участию в психотерапевтической, консультативной, тренинговой или комплексной реабилитационной программе, и далее – на эффективное прохождение всех стадий помогающего или развивающего процесса, структурированного по схеме Д. Прохазка, К. ДиКлементе (1992). Акцент здесь делается на экологически выверенное, форсированное прохождение выделяемых этими авторами мотивационных стадий: 1-3 – предразмышления, размышления, подготовки. В то же время подчёркивается значение и таких стадий, как 5 – сохранения результатов, 6 – стабилизации, часто выпадающих из поля зрения исследователей и профессионалов-практиков. Все эти стадии распределяются по соответствующим этапам и фазам адаптивно-креативного цикла, и, в случае такой необходимости, учитываются при оценке эффективности психотехнического процесса. Рассматриваемый вариант лонгитюдной макротехнологической стратегии особенно актуален для лиц с признаками патологической зависимости, для которых проблема формирования устойчивой мотивации на освобождение от зависимости и сохранение достигнутого результата является определяющей. В связи со всем сказанным, временной формат помогающих и развивающих практик, выстраиваемых в соответствии с вышеописанным вариантом лонгитюдной макротехнологической стратегии, определяется как «континуальный», т.е., продолжающийся неопределённо долгое время (Ю.В. Валентик, 1993). В случае психотерапевтической или комплексной реабилитационной работы с зависимыми лицами, а также лицами, страдающими достаточно тяжёлыми хроническими соматическими и психическими заболеваниями, такой подход абсолютно оправдан, и является, по нашим данным, наиболее оптимальным вариантом обеспечения устойчивого результата. Соответственно, основными, но, конечно, не единственными структурно-технологическими кластерами, используемыми в контексте обсуждаемого варианта, являются технологии мотивационного консультирования, ресурсно-ориентированной психотерапии;

– вариант, ориентированный на преодоление препятствий к «запуску» естественного алгоритма прохождения клиентом кризисной волны адаптивно-креативного цикла. В контексте данной макротехнологической стратегии основной акцент делается на: форсирование развития первичного ресурсного состояния у клиента, критическую редукцию проявлений синдрома деморализации, блокирующих естественный алгоритм прохождения адаптивно-креативного цикла; решение актуальных для субъекта проблемных ситуаций. В поле особого внимания психотерапевта, консультанта или иного фасилитатора, таким образом, оказываются фазы – с четвертой по девятую – адаптивно-креативного цикла, которые по времени и функциональному содержанию, в основном, совпадают со стадией действий (4) в схеме мотивационных изменений по Д. Прохазка,

К. ДиКлементе. А также – с такими общетерапевтическими механизмами в известной схеме К. Гравэ (1997), как «мобилизация ресурсов», «компетенция в совладании». Рассматриваемый вариант лонгитюдной макротехнологической стратегии актуален для лиц, обладающих достаточно высоким ресурсным потенциалом, но в силу разных причин оказавшихся в зоне «ресурсного провала» с признаками синдрома деморализации перед лицом актуальных для них проблемных ситуаций. По материалам проведенных метаанализов и результатам наших собственных исследований – из общего потока обращающихся на первичный психотерапевтический или консультативный приём, доля таких лиц составляет до 60%. Данную, достаточно чётко очерчиваемую и многочисленную категорию клиентов следует дифференцировать от другой категории лиц, оказавшихся в ситуации тяжёлого дистресса по причине катастрофических событий. Последняя группа, сравнительно, немногочисленна и требует особого стратегического подхода. Временной формат профессиональной помощи, оказываемой обратившимся лицам – при наличии соответствующего контекста – составляет 1-3 терапевтических сессий и обозначается нами как экспресс-психотерапия (А.Л. Катков, 2011). По нашим данным, этого времени, как правило, достаточно для достижения целей и решения задач, выстраиваемых в соответствии с клиентским запросом. Более того, экспресс-формат профессиональной психотерапевтической помощи, как уже было сказано, в максимальной степени соответствует наиболее востребованному психотерапевтическому эффекту, и устраняет закономерность высокого – до 60% – отсева клиентов после первой терапевтической сессии. Ибо, по результатам репрезентативных опросов, основная причина данного факта заключается в существенном улучшении состояния клиентов после первой встречи со специалистом и появлении отчётливых перспектив конструктивного разрешения проблемной ситуации, даже и в том случае, когда эти перспективы не обсуждались. Другие причины – такие как нехватка средств, несоответствие ожиданиям, разочарование в специалисте и пр. – занимают не более 15-17% в общем перечне. Здесь же проясняются и обстоятельства «потрясающего» успеха парапрофессионалов, занимающих свыше 90% общего рынка психотехнологий и выигрывающих в конкуренции с профессионально подготовленными специалистами – психотерапевтами, консультирующими психологами и пр. – за счёт более полного соответствия основному клиентскому запросу. Рассматриваемый вариант лонгитюдной макротехнологической стратегии ни в коем случае не должен квалифицироваться как «ущербный» в отношении возможностей формирования устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиента, в связи с тем, что в контексте обсуждаемой стратегии возможны: 1) использование так называемых техник-окон, раскрывающихся в обе стороны – универсальных и специальных психотерапевтических целей; 2) использование специальных кросс-секционных стратегий построения этапов психотерапевтической коммуникации с переформированием и переносом акцента на актуализацию универсальных психотерапевтических целей, с реальной возможностью их достижения; 3) использование специальных когерентных стратегий – в случае появления соответствующего дополнительного запроса у клиента – с добавлением к реализуемому экспресс-терапевтическому формату тематического функционального тренинга. Далее понятно, что основными техническими кластерами рассматриваемой лонгитюдной стратегии являются структурированные техники экспресс-психотерапии;

– вариант, ориентированный как на расширение ресурсных возможностей клиента при прохождении им «кризисной волны» адаптивно-креативного цикла, так и на достижение устойчивого ресурсного состояния, позволяющего эффективно профилактировать возникновение адаптационных кризисов в будущем. В общем контексте данной макротехнологической стратегии приоритетными являются как универсальные, так и специальные цели развивающей коммуникации. Однако основной акцент делается на форсированное развитие личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни самоорганизации, формирование устойчивых ресурсных состояний, повышение качества

жизни и социального функционирования субъекта в условиях агрессивной среды. В поле внимания специалиста, в данном случае, находятся практически все значимые фазы адаптивно-креативного цикла (что, в целом, соответствует полному набору общих терапевтических механизмов по К. Гравэ, и стадиям мотивационных изменений в схеме Д. Прохазка, К. ДиКлементе). Данный вариант лонгитюдной макротехнологической стратегии предназначен для лиц со сформированным – изначально или в ходе первых профессиональных занятий – дифференцированным запросом на достижение универсальных целей развивающей коммуникации. Другими предрасполагающими обстоятельствами являются соответствующие бюджеты времени и средств, которыми располагают клиенты. Временной формат профессиональной помощи, оказываемой данной группе клиентов (по нашим сведениям, объём такой группы может достигать 15% от общего числа клиентов, обратившихся на первичный приём), составляет от 10 до 30 профессиональных сессий. Т.е., речь, даже и в этом случае, идёт, в основном, о краткосрочных и среднесрочных форматах профессиональной помощи. В контексте обсуждаемой макротехнологической лонгитюдной стратегии, соответственно, используются все востребованные структурно-технологические кластеры профильной помощи, используемой в метамодели социальной психотерапии;

– вариант, ориентированный на оказание кризисной психотерапевтической помощи лицам, пережившим или переживающим катастрофические события. В данном случае речь идёт о пациентах, состояние которых классифицируется шифрами 43.0 (острая реакция на стресс); 43.1 (посттравматическое стрессовое расстройство) в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Такое состояние характеризуется как острое или затяжное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц в ответ на исключительный физический или психологический стресс, ситуацию угрожающего или катастрофического характера. Необходимость оформления специальной макротехнологической стратегии связана с тем обстоятельством, что, в данном случае, весьма часто имеет место сочетание почти полной блокады адаптивно-креативного цикла с «застреванием» в его первой фазе. В ходе чего, непрерывное тестирование ситуации в системе дуальных критериев – «опасно – безопасно», «комфортно – дискомфортно» – подтверждает катастрофическое развитие событий и способствует генерации шоковых реакций, с «обрушением» главного компонента устойчивого ресурсного статуса субъекта – позитивного жизненного сценария. Это последнее обстоятельство, даже и в случае самостоятельного преодоления субъектом «охранительного» шокового ступора и продвижения ко второй фазе адаптивно-креативного цикла – осознания проблемной ситуации – может усугубить и растянуть во времени переживание тяжёлого кризисного пика с понятными последствиями для здоровья и жизни клиента. Таким образом, перед специалистами, действующими в сфере оказания кризисной психотерапевтической помощи, встаёт ряд непростых задач по обеспечению ресурсной поддержки, существенная и наиболее сложная часть которых «располагается» в первых двух фазах адаптивно-креативного цикла, а другая, не менее важная, охватывает фазы с третьей по десятую. При прохождении этой последней части, особый акцент делается на девятой фазе алаптивно-креативного цикла, в ходе чего реконструируются несущие жизненные смыслы и достигается восстановление устойчивых ресурсных кондиций. Соответственно, временные форматы рассматриваемой лонгиюдной макротехнологической стратегии могут реализоваться в достаточно широком диапазоне, в зависимости от приоритетных задач – от экспресс-терапевтических до среднесрочных и долгосрочных. Определяющим критерием здесь, как и во всех других случаях, являются особенности статуса и характера запроса клиента. Оказание кризисной профессиональной помощи, особенно в ходе прохождения первых этапов адаптивно-креативного цикла, предполагает использование структурно-технологических кластеров профессиональной психотерапии или психологического консультирования, разработанных специально для этих целей. Далее, как специфическую особенность данного стратегического варианта,

следует отметить существенно более высокую интенсивность и значительные объёмы оказываемой профильной помощи, особенно в сензитивный период, когда воздействие психотравмирующих факторов можно считать максимальным.

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

Кросс-секционные макротехнологические стратегии, определяющие последовательность и особенности прохождения этапов трехуровневой развивающей коммуникации, выстраиваются в соответствии с вариантами лонгитюдных макротехнологических стратегий. В данной связи определяются: базисный вариант кросс-секционных макротехнологических стратегий, функциональная структура которого используются в ходе реализации всех вышеприведенных лонгитюдных макротехнологий; вариант, ориентированный на экспресс-психотерапевтические подходы; вариант, ориентированный на достижение универсальных целей трехуровневой развивающей коммуникации.

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

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

1) этап установления контакта: макротехнологическая цель – установление доверительных терапевтических отношений, проговаривание и оформление терапевтического контракта (если такая процедура предусмотрена в соответствующей психотерапевтической технологии). Главная метатехнологическая задача данного этапа – активизация синергетической стратегии внесознательных инстанций клиента, актуализация глубинного уровня и соответствующих универсальных механизмов, обеспечивающих гиперпластическое состояние клиента. Основные метатехнологии, с помощью которых выполняется данная важнейшая задача, следующие: Я-техника; обсуждение, принятие правил безопасности, постоянное вербальное и невербальное подкрепление безопасности клиента; позитивное подкрепление активности, демонстрация искреннего интереса к клиенту (активное слушание, демонстрация уважения к позиции клиента, проявление эмпатии); идентификация клиента с ресурсным статусом терапевта;

фиксация момента перехода от защитно-конфронтационной к синергетической адаптационной стратегии внесознательных инстанций клиента. Критерии успешности прохождения данного этапа – сброс напряжения, отчётливая редукция защитных реакций, реакций сопротивления и других проявлений неосознанной защитно-конфронтационной стратегии; появление и развитие признаков формирования первичного ресурсного состояния клиента. Вклад данного стартового этапа в достижение общих целей терапевтической сессии, в связи со сказанным, представляется более чем значительным. Степень «проективного» влияния на все последующие этапы психотерапевтической коммуникации – существенная, а метатехнологическая нагрузка – максимальная. Далее следует иметь в виду, что усилия по углублению и расширению терапевтического контакта должны прилагаться, а соответствующие метатехнологии – использоваться на протяжении всей терапевтической сессии.

2) диагностический этап: макротехнологическая цель данного этапа – по мере возможности – точная идентификация, полная инвентаризация проблемной ситуации клиента; определение таких особенностей личности, понимания и отношения к проблемной ситуации, которые обозначаются как «личный миф» клиента. Главная метатехнологическая задача рассматриваемого этапа – подготовка основных терапевтических эффектов и программы их манифестации в виде согласованного сценария конструктивных изменений. То есть, на данном «участке» психотерапевтической сессии осуществляется активное продвижение от 4-й к 5-й фазе адаптивно-креативного цикла, закономерно сопровождающееся ростом креативной активности клиента, умножением числа выдвигаемых им альтернатив, почти моментальным усвоением и осмыслением неявно предлагаемых альтернатив того же плана. Основные метатехнологии, привносимые на рассматриваемом этапе терапевтической сессии: позитивное подкрепление креативной активности клиента; скрытая коррекция эмоционального опыта, когнитивного репертуара и стереотипных поведенческих реакций за счёт неявных, невербальных стимулов или «подсказок», осуществляемых в ходе проводимой диагностики; подчёркнутое внимание и позитивное подкрепление попыток клиента уже на этом этапе простроить «макеты» альтернативных реакций и форм поведения в проблемной ситуации, а также репрезентации данной ситуации в целом. Критериями успешности прохождения данного этапа является «отработанность» двух первых механизмов общетерапевтических изменений в схеме К. Гравэ – прояснения и коррекции значения того, что происходит с клиентом; актуализации подлинной проблемы (в ходе чего, как правило, наблюдается наращивание характеристик первичного ресурсного статуса клиента; ибо, сам по себе переход от состояния неопределенности, связанной с проблемной ситуацией, – к определённости, связанной с появлением перспектив её решения, почти всегда сопровождается такого рода динамикой); а также – появление отчётливых признаков вхождения клиента в 6-ю фазу адаптивно-креативного цикла. Как понятно из всего сказанного, рассматриваемый фрагмент сессии подготавливает основные и наиболее востребованные терапевтические эффекты, т.е. – в нашем случае – несёт весомую терапевтическую, а не только диагностическую нагрузку.

3) этап разработки индивидуального проекта терапии: макротехнологическая цель данного этапа – выведение ключевых характеристик терапевтического алгоритма: исходное состояние клиента → желаемое состояние → индивидуальный проект психотерапии. Главная метатехнологическая задача – обеспечение пика креативной активности клиента, с формированием экологически выверенной программы терапевтических изменений, реализуемой в ходе настоящей сессии и, возможно, за ее пределами. На данном этапе оформления терапевтической сессии – в идеале – имеет место достижение максимальной креативной активности клиента в ходе прохождения им 5-7-ой фаз адаптивно-креативного цикла, сопровождающееся «растворением» стереотипов, гиперпластическим ресурсным состоянием клиента. При решении данной актуальной задачи особенно активно используются следующие метатехнологии: постоянное

позитивное подкрепление креативной активности клиента; стимуляция процесса генерации клиентом конструктивных альтернатив стереотипным представлениям, реакциям, поведению в проблемной ситуации; фиксация «утвердительных» сигналов внесознательных инстанций в отношении выдвигаемых диагностических версий и проектов терапии; формирование соответствующих позитивных ожиданий в отношении избранного проекта терапии. Критериями успешности прохождения рассматриваемого этапа являются высокая степень личной активности клиента, признаки успешной «отработки» третьего общетерапевтического механизма в схеме К. Гравэ – эффективной мобилизации ресурсов. Рассматриваемый этап терапевтической сессии, связанный с генерацией и «утверждением» индивидуального проекта терапии, наряду со следующим этапом, несёт основную терапевтическую – метатехнологическую нагрузку, поскольку именно в ходе конструирования стыковочного сценария на «внутреннем плане» клиента происходит его многократное проигрывание с выстраиванием алгоритмов проявления желаемых терапевтических эффектов. Здесь, очевидно, уместно напомнить, что, выдающиеся теоретики и практики психотерапии Д. Франк и Д. Мармор как раз и имели в виду описанный механизм формирования стыковочного сценария терапевтических изменений, когда заявляли об универсальной терапевтической значимости таких факторов, как «согласованный терапевтический ритуал» и, с некоторыми оговорками, «скрытое внушение».

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

5) этап оценки достигнутого результата: макротехнологическая цель данного этапа заключается в отслеживании непосредственного результата терапевтической сессии и получении дифференцированной оценки в отношении достижения заявляемых

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

6) этап завершения терапевтической сессии: макротехнологическая цель данного этапа заключается в принятии согласованного решения о завершении либо продлении терапии в последующих психотерапевтических сессиях, обсуждении возможных вариантов сотрудничества терапевта с клиентом в дальнейшем. Главная метатехнологическая задача данного этапа – укрепление и проекция ресурсного статуса клиента в будущее. Основные метатехнологии, с помощью которых решается данная задача, здесь следующие: акцентированный возврат авторства терапевтического проекта клиенту; повышение самооценки; позитивное подкрепление способностей клиента к самоорганизации; проекция достигнутого результата в будущее; позитивное подкрепление сформированного на предыдущем этапе, оптимистического сценария будущего. Таким образом, даже и этот заключительный этап является нагрузочным в плане метатехнологической терапии. В целом данный фрагмент терапевтической сессии, как и предыдущий, соответствует реализации 9-ой и 10-ой фаз адаптивно-креативного цикла. Критериями успешности прохождения данного этапа являются: наличие чувства завершенности, деятельностного удовлетворения и ясной, конструктивной перспективы у клиента, существенное повышение его самооценки, полная редукция синдрома деморализации, а также другие признаки перехода в устойчивое ресурсное состояние.

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

Также понятно, что такой идентифицируемый некоторыми авторами этап прохождения психотерапевтической сессии как «почти обязательное изменение состояния сознания клиента» в нашем случае не занимает какого-то определённого «места» или временного интервала в общей структуре сессии, но охватывает практически весь период

терапевтической коммуникации, обеспечивая гиперпластический статус клиента и возможность достижения востребованного психотерапевтического эффекта. При этом, – особо подчеркнём это важное обстоятельство – осознаваемая личность клиента ни в коем случае не удаляется на периферию психической активности, а наоборот, функционирует в энергичном креативном режиме. Интерпретация и обоснование необходимости такой диалогизированной активности основных инстанций психики субъекта при прохождении им «кризисных волн» адаптивно-креативного цикла даны нами в предшествующих подразделах. Более того, есть основания полагать, что эти, специфические для психотерапевтического процесса особенности первичного ресурсного состояния клиента и ресурсного статуса психотерапевта (Я-техника, запускающая процесс идентификации клиента с ресурсным статусом терапевта и актуализирующая глубинный уровень психотерапевтической коммуникации) – как раз и являются необходимым условием манифестации феноменов «особого понимания», «проникновения в глубинные смыслы переживаний и высказываний клиента и терапевта», столь часто цитируемых и приводимых в качестве специфического содержания психотерапии представителями феноменолого-герменевтического подхода (А. Притц, Х. Тойфельхарт, 1999). О сходных феноменах, связанных с переживанием «внутреннего потока, общего для клиента и терапевта», говорил и автор гуманистического направления в психотерапии К. Роджерс (1952), интерпретируя появление таких переживаний, как свидетельство эффективности терапевтического процесса.

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

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

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

В более сложных случаях, когда речь идет о необходимости продолжительной работы с универсальными мишенями, а мотивация клиента на достижение абстрактных для него целей по формированию высоких уровней качества психического здоровья – неочевидна, базисная кросс-секционная стратегия должна предусматривать включение специальных мотивационных технологий на каждом дифференцируемом этапе. Так, например, существуют возможности построения психотерапевтических или консультативных сессий с использованием специальной мотивационной технологии пятиуровневого инсайта. При этом, актуальная проблема, заявляемая клиентом, ни в коем случае не игнорируется. Напротив, в продолжении первых сессий работа ведётся с акцентом на эффективное достижение специальных целей психотерапии или консультирования. Иначе, говорить о формировании какой-либо устойчивой мотивации на

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

В случае отсутствия актуального запроса у клиента, при наличии очевидной, объективно подтвержденной необходимости, например, коррекции имеющихся рисков или признаков вовлечения в деструктивную зависимость, акцент делается на использование специальных мотивационных технологий в период прохождения первых трех фаз адаптивно-креативного цикла.

Когерентные стратегические макротехнологии рассматривают возможности эффективного сочетания:

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

– сочетания психотерапии и консультирования с другими развивающими практиками (чаще, тематическими тренингами). Здесь следует сказать, что многими известными исследователями тренинговый компонент не выводился, а наоборот, включался в общие рамки психотерапевтического процесса. Так, например, Д. Франк считал, что одним из унифицированных аспектов психотерапии является «приобретение и

отрабатывание новых паттернов поведения» (1991). Ещё более определённо в этом смысле высказался С. Гарфилд (1992), указывая на то, что «механизмы изменений при любых подходах уходят корнями, в том числе и в тренинг навыков». Между тем экспресс-форматы и форматы краткосрочной психотерапии, и консультирования – наиболее востребованные в современном мире – не оставляют возможностей для полноценной реализации данного развивающего компонента. Результаты проведенных нами исследований по апробации сочетания экспресс-психотерапии и развивающих тренинговых технологий показывают, что такого рода сочетание уместно и эффективно при следующих условиях: 1) наличии сформированных на этапе прохождения экспресс-психотерапии чётких, осмысленных целей и задач, высоких уровней мотивации по формированию устойчивых ресурсных состояний, надежно профилактирующих появление деструктивных кризисных волн в жизни клиента; 2) трансляции модели трехуровневой развивающей коммуникации на этап прохождения тренинговых технологий с адекватной метатехнологической поддержкой активности клиента; 3) в связи с тем, что программу функционального тренинга, с некоторыми оговорками, можно считать возвратом на четвертый этап структурного оформления психотерапевтического процесса – реализации избранного проекта терапии – завершение тренинговой программы должно предусматривать прохождение всех последующих этапов терапевтической сессии с интенсивным использованием соответствующих метатехнологий; 4) с учётом того обстоятельства, что экспресс-психотерапия реализуется в индивидуальном, а последующий функциональный тренинг – в групповом формате, клиент должен быть предупреждён и по мере возможности подготовлен к работе в групповом тренинговом формате; соответственно, важным моментом является установление синергетических, доверительных отношений в группе уже на фазе вхождения в тренинговое пространство; 5) клиенту и терапевту должен быть понятен прагматический смысл продолжения работы в формате группового тренинга; в частности, факт того, что скорость и качество достижения результата здесь, как минимум, не страдают, а могут и существенно возрасти – за счёт включения механизмов групповой синергии;

– сочетания психотерапии и консультирования с так называемыми, отсроченными или поддерживающими формами терапевтической работы. Такие формы обозначаются, как «клубные встречи», «поддерживающие встречи» и пр., и не так уж редко встречаются в практике деятельности психотерапевтических и консультативных кабинетов, и центров, заботящихся о поддержании, и расширении клиентской базы. При этом, весьма часто высказывается аргументированное мнение, что такого рода отсроченная терапевтическая поддержка желательна не только определенной клиентской группе – в силу имеющихся у них состояний зависимости, хронических психических и соматических заболеваний. Но, также – и для поддержания высоких уровней качества жизни и социального функционирования и в других группах клиентов (Д. Прохазка, Д. Норкросс, 2005). Наши исследования показывают, что такого рода сочетание: 1) имеет свою специфику, отражённую, в частности, в целях, задачах и результатах комплексной практики, не равной и не сводящейся к долговременным психотерапевтическим форматам; 2) несмотря на то, что здесь, как правило, аннотируется формат «клубных встреч», по сути, речь идёт о позитивном подкреплении долговременных сценариев развития, которые являются продолжением индивидуальных проектов терапии. Поэтому особенно важно, чтобы и эти встречи проходили в режиме трехуровневой психотерапевтической коммуникации с соответствующим метатехнологическим сопровождением; 3) технологическая специфика отсроченных и поддерживающих форм работы, таким образом, заключается в неявном возврате на 5 этап оформления психотерапевтической коммуникации – оценки достигнутого результата – и продолжении движения по уже описанному алгоритм с акцентом на позитивное подкрепление активности клиента, «укоренении» конструктивных сценарных планов и других компонентов «необъявленной» ресурсно-ориентированной психотерапии; 4) в случае желания группы клиентов обсудить имеющиеся сложности в

реализации долговременных сценариев развития, формат работы таким же неявным образом может «перетекать» в оформление групповой терапевтической сессии, проводимой с акцентированным подкреплением синергетического взаимодействия участников и актуализацией других механизмов терапевтической групповой динамики; 5) практически важным моментом в организации и проведении таких отсроченных форм терапевтической работы является осознаваемый факт того, что терапевт, таким образом, выполняет взятые на себя функции дистанционной, экологически ориентированной референтной группы, оценивающей результаты продвижения клиента к намеченным целям. В данной связи важно, чтобы все варианты отсроченной терапевтической поддержки проводились, по возможности, теми профессионалами, которые участвовали в базисном терапевтическом процессе и которые освоили специфику отсроченной терапевтической помощи.

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

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

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

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

Я-техника. Здесь имеется в виду эффективное сочетание особых ресурсных характеристик специалиста и проработанного личностного статуса «Я-профессионал», активизирующихся в ходе реализации терапевтической или развивающей коммуникации. Соответственно, специалист, во-первых, должен находиться в устойчивом ресурсном состоянии, которое обеспечивается высоким уровнем развития у него качественных характеристик психического здоровья, и которое дает ему возможность чувствовать себя достаточно уверенно, и свободно в условиях агрессивной информационной среды. Далее, в ходе реализации терапевтической, консультативной или иной развивающей практики, специалист должен находиться в особом (первичном) ресурсном состоянии, предполагающем наличие доминирующей синергетической стратегии внесознательных инстанций; метапозиции, открытой к изменениям; наличие особого, «диалогизированного» режима активности сознания, позволяющего, с одной стороны, быть заинтересованным участником диалога с вовлеченным субъектом, а с другой – внимательно отслеживать динамику соответствующих изменений. Особый ресурсный статус специалиста является мощным стимулом для переключения защитно-конфронтационной базисной стратегии адаптации вовлеченного субъекта на синергетическую, с перспективами развития феномена тотальной гиперпластики. Таким образом, клиент в форсированном режиме приобретает весьма важные для него характеристики первичного ресурсного состояния, и еще на этапе установления контакта и диагностическом этапе трехуровневой развивающей коммуникации он может почувствовать, что ситуация в отношении заявляемых им проблем кардинально изменилась. То, что из метапозиции доминирования защитно-конфронтационной стратегии адаптации (наиболее вероятного исходного антиресурсного статуса клиента)

представлялось «тупиковым, сложным или неподъемным» – из полярно противоположной метапозиции ассимилированных характеристик ресурсного статуса специалиста, «вдруг», предстает в совершенно ином свете – перспективном и вполне решаемом. Такое, порой, весьма драматическое изменение в статусе клиента свидетельствует о переходе с этапа адаптационного напряжения – на этап актуализации креативного потенциала в дифференцируемой периодике адаптивно-креативного цикла. Далее, безусловно важным компонентом описываемой метатехнологии являются характеристики проработанного личностного статуса «Я-профессионал». В принципе, такие характеристики могут быть обозначены как «безусловная профессиональная компетентность» в расширенном понимании данного термина, либо как совокупность специфических характеристик, указываемых в базисных руководствах (например, таких как: полноценная профессиональная подготовка; высокая профессиональная компетентность; знание и владение основными методами психотерапии, консультирования, другой помогающей или развивающей практики; наличие и виртуозное владение собственным стилем психотерапии или консультирования; способность к импровизации; специфичность и конкретность в работе; проработанная философия, целостный подход к оказываемой помощи; переносимость фрустрации, терпение; терапевтическая подлинность, искренность, отсутствие скрытых мотивов; вера в собственную возможность помочь клиенту; позитивные ожидания от процесса терапии, консультирования; способность получать удовлетворение от собственной практики и пр.). Еще один подход, чаще используемый в практике супервизии, связан с возможностью «разложения» понятия профессиональной компетентности на составляющие. Так, например, С.Н. Кулаковым (2002) называется около тридцати таких характеристик, представляющих общую компетентность специалиста - психотерапевта, являющихся предметом профессиональной супервизии. Наша позиция по этому вопросу заключается в том, что при несомненной важности дифференцированных характеристик, все же, главным здесь является «надсистемный» эффект профессиональной уверенности, привносящий свою весомую лепту в ресурсный статус специалиста. Столь же важными, обобщенными характеристиками по данному компоненту являются осознанная дифференциация и умение своевременно актуализировать проработанный личностный статус «Я-профессионал», который, в совокупности с акцентированным ресурсным состоянием, и обеспечивает активизацию универсальных механизмов трехуровневой развивающей коммуникации. Т.е., учитываемыми признаками, в нашем случае, являются именно эти, агрегированные характеристики профессионального статуса специалиста. При выявлении слабости такого агрегированного признака, степень дефицитарности каждой из упомянутых множественных характеристик профессиональной оснащенности специалиста может быть оценена в соответствующей супервизорской практике. А «весовой» вклад в общий результат – определен в корректных исследовательских программах.

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

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

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

Формирование и подкрепление стыковочных сценариев желаемых конструктивных изменений. Под термином «стыковочный сценарий» в данном случае подразумевается специальная программа конструктивных изменений вовлеченного субъекта, привязываемая к определенной последовательности структурированных технических действий и оформляемая – в идеале – как «неявный» возврат клиенту его собственных, сценарно-проработанных ожиданий от проекта терапии или любой другой развивающей коммуникации. Обязательными условиями успешного оформления стыковочного сценария являются: адекватная детализация конструктивных ожиданий клиента от соответствующего терапевтического или развивающего процесса; формирование множественной гиперпластики; совместное обсуждение последовательности структурированных технических действий с проговариванием того, какие именно желательные эффекты будет вызывать то или иное техническое действие; отслеживание невербальных реакций клиента, свидетельствующих об «утверждении» программы проговариваемых терапевтических изменений внесознательными инстанциями психики клиента. В этом случае с известной долей уверенности можно ожидать, что программа конструктивных изменений будет воспроизведена в ходе последовательной и четкой реализации оговоренных, структурированных технических действий. Что, собственно, и является основным механизмом гиперпротекции структурированных техник, реализуемых в условиях множественной гиперпластики. При этом важно помнить, что рассматриваемая метатехнология может быть успешно воспроизведена лишь в условиях синергетической активности всех выше обозначенных метафакторов.

Формирование и подкрепление проспективного сценария продолжающихся конструктивных изменений. В данном случае речь идет о тех же самых механизмах оформления соответствующего стыковочного сценария, привязываемого к значимым компонентам конструктивного жизненного сценария. Последний формируется за счет использования специальных структурированных психотерапевтических или тренинговых техник. Выстраиваемая программа продолжающихся конструктивных изменений содержит характеристики ресурсной достаточности субъекта, возможности его

функционирования в креативно-пластическом режиме, возможности ненавязчивого «присутствия» специалиста в виртуальном психологическом пространстве субъекта в качестве позитивной референтной группы, подкрепляемые оптимистическими ожиданиями и уверенностью специалиста в успешном достижении клиентом важных жизненных целей. Работа с перспективными стыковочными сценариями должна проводиться на пике креативно-пластической активности и позитивных переживаний клиента в отношении только что полученных и в полной мере осознанных результатов терапевтической сессии или иной развивающей коммуникации. Такого рода результаты гораздо лучше любых других вербальных аргументов убеждают клиента в возможности успешного решения сложных жизненных проблем, формируют уверенность в себе, повышают самооценку. Пик гиперпластической активности клиента является наиболее выигрышным контекстом для осуществления скрытой временной прогрессии и трансляции программы успешного преодоления каких-либо проблемных ситуаций в перспективу ближайшего и отдаленного будущего.

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

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

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

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

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

Перевод охранно-конфронтационной базисной стратегии адаптации клиента в синергетическую. Этот ключевой – с точки зрения преодоления состояния деморализации

и, соответственно, достижения высоких темпов конструктивных изменений – переход так же фиксируется с помощью диагностических метатехнологий. Наличие ясных подтверждающих сигналов здесь свидетельствует о состоятельности используемых специалистом конструктивистских метатехнологий, т. е., успешном выполнении им главного условия запуска «маховика» конструктивных изменений у клиента – трехуровневой развивающей коммуникации.

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

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

Что касается дифференцируемых единиц психотехнического анализа по параметру структурно-технологического уровня развивающей коммуникации, то, как уже было сказано, такие единицы определяются в соответствие с установленными «школьными» традициями психотерапии, консультирования или иных помогающих и развивающих практик. И, вместе с тем, вопрос корректной, научно-обоснованной идентификации именно этих, структурно-технологических единиц анализа и, тем более, выяснения их подлинного «весового» вклада в достижение общего результата развивающей коммуникации является наиболее сложным. Основные причины такого положения заключаются в том, что, почти каждый авторский вариант помогающих и развивающих практик включает технический кластер, в котором, в той или иной степени, присутствуют конструкты всех трех уровней развивающей коммуникации, без каких-либо попыток их аргументированной дифференциации. То есть, единицы собственно структурно-технологического уровня здесь нужно еще и определять с помощью прикладного инструментария технологии психотехнического анализа – разработанных критериев принадлежности к соответствующему уровню развивающей коммуникации. И вторая сложность заключается в наличии почти необозримого множества признаков, которые, в принципе, можно учитывать в процедуре психотехнического анализа по параметру структурно-технологического уровня, а так же – сложному параметру сочетания этих признаков с универсальными единицами макротехнологического и метатехнологического уровней. Так, например, в известном тезисе C. Patterson (1987) утверждается, что для общего представления об учитываемом количестве признаков, предварительно, необходимы: 1) таксономия проблем или психологических расстройств пациента, 2) таксономия личностей пациентов/ клиентов, 3) таксономия используемых психотерапевтических, консультативных или иных техник, 4) таксономия специалистов, 5) таксономия обстоятельств. И далее, в частности, в отношении профессиональной психотерапии говорится, что: «...если бы мы создали такие системы классификации, то практические проблемы были бы непреодолимы. Допустим, что пять перечисленных классов переменных содержат по десять признаков, тогда исследовательский проект потребует изучения 10 x 10 x 10 x 10 x 10, или 100000 комбинаций элементов. Из чего

следует вывод, что нам не нужны сложные анализы множества переменных и нам следует отказаться от попыток точного изучения психотерапии, ибо это просто невозможно ...».

Первая сложность, в нашем случае, преодолевается за счет применения следующих аргументированных критериев отнесения используемых технологий к дифференцируемым уровням развивающей коммуникации. Термин «макротехнологии» понимается здесь как совокупность психотехнических стратегий с их основными компонентами (стратегическими установками, планами с конкретизацией в виде универсальных и специальных целей, выводимых отсюда задач, планируемых результатов и пр.), используемых с общей целью расширения ресурсных возможностей клиентов при прохождении им кризисных волн адаптивно-креативного цикла. Термин «метатехнологии» определяется нами как состояние и профессиональное поведение специалиста-психотерапевта, обеспечивающее актуализацию глубинного уровня развивающей коммуникации и гиперпротекцию используемых структурированных техник. Что же касается понятия «структурированная техника», то данное понятие, по данным специальной литературы и по данным наших собственных исследований 2001-2010 гг., может быть представлено следующими дефинициями: 1) *техника-метод* – содержание данного термина включает всю последовательность психотехнических действий, выстраиваемых на основании определённых теоретических представлений); 2) *техника-методика* – в данном случае имеется в виду последовательность технических действий, необходимых для достижения определённых целей; 3) *техника-процедура* – последовательность технических действий, ведущих к определённому промежуточному результату, планируемому в ходе определенного фрагмента терапевтической или консультативной сессии; 4) *техника-манипуляция* – определённый элемент или цикл элементов законченного технического действия, направленного на достижение определённого эффекта. При этом большинство авторов согласно с тем, что само понятие «техника», в данном случае, следует определять как структурированные действия (поведение) специалиста с целью развития соответствующих, оговоренных и желаемых изменений в состоянии и поведении клиента.

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

таким конвенциальным критерием является доказанная, в результате соответствующего анализа, разрешающая способность используемых параметров в отношении исследуемого эффекта системы, состояние которой он характеризует.

Так, например, в проведенных нами исследованиях была определена разрешающая способность параметров, характеризующих скорость прохождения субъектом соответствующих этапов и фаз адаптивно-креативного цикла, по отношению к общим – макротехнологическим и метатехнологическим – факторам, а так же – их сочетания с учитываемыми структурно-технологическими факторами, в совокупности обеспечивающими эффективность экспресс-психотерапевтического вмешательства. В результате чего был установлен приемлемый уровень агрегации исследуемых признаков, а так же обеспечена их трансформация в адекватные системы индикаторов, и далее – в универсальные единицы, используемые при оценке эффективности психотехнического вмешательства. В частности, последовательный статико-математический анализ, проводимый в отношении общих факторов эффективности экспресс-психотерапевтического процесса на предмет выявления возможности их адекватной агрегации (анализировалась совокупность из 141 такого фактора, идентифицированных по разным источникам), показал, во-первых, возможность сведения различных классификаций (всего рассматривалось 10 таких классификаций) в функциональные группы (12) и блоки (5). И далее было показано, что из рассматриваемой первичной совокупности факторов наибольшим весовым значением в обеспечении скорости достижения искомого результата обладают факторы, прямо способствующие редукции проявлений состояния деморализации у клиента (по Д. Франку, 1991). А так же, факторы, способствующие формированию высокого уровня мотивации на достижение желаемого результата в начале терапевтического процесса и его сохранения или даже развития – в его завершении (по схеме Д. Прохазка, К. ДиКлементе, Д, Норкросс, 2005). Однако и эти системы вполне ранжируемых, и измеряемых факторов – интерпретируемые как условия актуализации синергетической адаптационной стратегии внесознательных инстанций – в конечном итоге находили свое выражение в особом феномене гиперпластического статуса клиента. Т.е., такого же ранжируемого состояния клиента, которое является предпоследним звеном в обеспечении главного и наиболее востребованного психотерапевтического эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов (пациентов) в ограниченные временные периоды. И далее, в качестве последнего такого звена выступала, обеспечиваемая гиперпластическим статусом клиента – с одной стороны, адекватным и приемлемым для клиента структурированным проектом терапии – с другой, возможность сверхбыстрого усвоения клиентом новых, адаптивных форм психической активности. Последнее обстоятельство, с нашей точки зрения, иллюстрировало факт прохождения клиентом ключевой, седьмой фазы адаптивно-креативного цикла, предполагающей разработку и усвоение обновленного адаптивного инструментария (информационного, интеллектуального, эмоционального, поведенческого и пр.). Эти последние критерии – характеристики достигаемого гиперпластического статуса клиента и степень принятия им разработанного, или предлагаемого терапевтического проекта – как раз и были наиболее значимыми агрегированными факторами, обеспечивающими искомый эффект. Таким образом была проиллюстрирована принципиальная возможность выведения, измерения и последующего теоретического, и практического акцентирования именно на тех первичных, и агрегированных факторах, которые подтверждают свой потенциал в корректных экспериментах.

Последовательные этапы такой, достаточно сложной исследовательской процедуры должны включать: 1) *четкую 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 определенного коммуникативного уровня, там, где это возможно; 4) *контролируемое тестирование* и подтверждение высокой разрешающей способности полученного агрегированного признака – универсальной оценочной единицы психотехнического анализа; 5) использование полученной, таким образом, универсальной оценочной единицы в стандартной процедуре психотехнического анализа.

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

3.3.3.3. Процедура психотехнического анализа и последующей экспертной оценки эффективности реализуемой психотехнической практики должна предусматривать возможность количественной оценки учитываемых признаков – системы универсальных и структурно-технологических единиц, определяемых по каждому коммуникативному уровню, а так же – динамики универсальных и специфических мишеней.

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

Основу приведенной оценочной схемы представляют собственно психотехнические шкалы, которые, в случае проведения комплексных исследований, должны соотноситься с

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

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

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

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

Супервизия профессиональной деятельности, а так же практика проведения балинтовских групп, включающие использование результатов психотехнического анализа, наоборот, акцентированы на исследование именно таких, индивидуальных особенностей специалиста, имеющих прямое или косвенное отношение к эффективности реализуемых им технических действий. Отработанный шкалированный вариант протокола психотехнического анализа, в данном случае, помогает основным участникам этого процесса – сравнительно быстро и точно – определить проблемную зону, сформулировать гипотетические предположения о причинах ее возникновения и сконцентрироваться на предметном исследовании этого определенного направления. Здесь может обсуждаться значительно большее количество факторов, выявленных при непосредственном наблюдении за психотехническим процессом или раскрытых участниками в ходе проведения балинтовской группы, чем это предусмотрено протоколом психотехнического анализа. А разработанные, в итоге, рекомендации по коррекции выявленного дефицита необходимых навыков или устранению иных препятствий к эффективной профессиональной деятельности для супервизируемого специалиста – могут и должны быть существенно более конкретными и предметными. Таким образом, здесь достигается оптимальное сочетание отслеживаемых стандартных (протокольных) и специфических (индивидуальных) параметров с такими же универсальными и специальными рекомендациями по повышению эффективности профессиональной деятельности. Что же касается особой, экологически выверенной стратегии и практики проведения супервизии и балинтовских групп в отношении профессиональной деятельности специалистов помогающего и развивающего профиля, то, в этом смысле, она строится по тем же принципам, что и консультативная или психотерапевтическая практика. То есть, это, в первую очередь – создание атмосферы доверия и безопасности. А уже затем – конструктивный разбор возможностей по улучшению профессиональных кондиций «клиента». В этом случае уроки такой практики профессионального развития будут эффективно усваиваться и воспроизводиться в профильной деятельности специалиста.

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

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

Далее, в ходе разработки и апробации модели экспресс-психотерапии, выстроенной по эталонам трехуровневой, развивающей коммуникации, была продемонстрирована ее сравнительно более высокая эффективность (параллельно исследовались наиболее распространенные варианты краткосрочной психотерапии) в группе клиентов с признаками адаптационных расстройств (n=1257). Эти данные были получены по результатам полугодового катамнеза, учитывающего такие параметры, как: процент преждевременного выхода их программы, субъективная оценка результатов, стрессоустойчивость, уровень развития содержательных характеристик качества психического здоровья, социальная динамика, качество жизни. Кроме того исследовался экономический параметр объема затрат на проведение соответствующего терапевтического цикла. Максимально эффективным, в смысле соотношения затрат и полученных психологических, и социальных дивидендов, оказался вариант сочетания экспресс-психотерапии с тематическими тренингами, так же проводимыми по модели трехуровневой развивающей коммуникации, и направленными на форсированное развитие качественных характеристик психического здоровья (А.Л. Катков, 2011).

Таким образом, было получено еще одно научно-обоснованное подтверждение главного тезиса комплексного исследовательского проекта о наличии устойчивой антагонистической взаимозависимости высоких уровней качества психического здоровья и рисков вовлечения в основные типы деструктивных социальных эпидемий (включая химическую и деструктивную психологическую зависимость, проявления адаптационных расстройств в виде синдрома деморализации и пр.). Однако, основным результатом приведенных исследовательских фрагментов, все же, является идентифицированная технологическая возможность форсированного развития качественных характеристик психического здоровья, которая может быть транслирована, практически, на все уровни реализации помогающих и развивающих практик, используемых в метамодели социальной психотерапии. Общий функциональный цикл, предусматривающий

идентификацию наиболее острых социальных проблем, исследование их сущностных характеристик и возможностей эффективного решения, в этом случае, замыкается с обнадеживающими перспективами.

3.4. Инструментально-методологические характеристики феномена качества психического здоровья

3.4.1. Вводная информация

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

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

В частности, одним из явных признаков такого глубокого кризисного состояния в интересующей нас сфере можно считать появление тенденции возведения существующих здесь теорий и метатеорий в статус постмодернистских, постнеклассических научных подходов с оправданием такого «сепаратизма». Проводимый нами, углубленный эпистемологический анализ показал, что апологетами таких «постнеклассических» подходов в психологии и психотерапии усваивается и используется, в основном, лишь расхожая фразеология и некоторые вырванные из контекста тезисы, при игнорировании фундаментальных принципов рассматриваемых подходов, ни в коей мере не отрицающих достижения позитивистской науки (Е.Е. Соколова, 2008; А.Л. Катков, В.В. Макаров, 2009). Далее, к проявлениям методологического кризиса, безусловно, можно отнести и тенденцию полного отказа от использования установленных на сегодняшний день критериев принадлежности к кодифицированной системе научных знаний в сфере психотерапии, прикладной психологии и других направлений, являющихся теоретической основой для помогающих и развивающих практик. Такие радикальные тезисы выдвигаются на основании утверждения того, что современная наука – в смысле философско-методологического оформления и содержания естественнонаучных подходов – не готова к тому, чтобы адекватно решать сложнейшие проблемы становления личности и человеческих взаимоотношений, и что это и есть главный «камень преткновения» развития психотерапии и прикладной психологии как подлинно научных дисциплин. В частности, утверждается, что «научное тоннельное видение» разлагает целостную личность человека на составные «части», на отдельные процессы, на отдельные проявления, следовательно, мешают главной цели психотерапии и консультирования – утвердить целостность личности клиента.

В качестве альтернативы, соответственно, предлагаются варианты построения особых психотехнических теорий, в которых, наоборот, подчёркиваются и систематизируются различия между естественнонаучным академическим подходом и общей методологией реализации психологической практики; обосновывается особая технологическая парадигма развития таких направлений, как практическая психология и

психотерапия, отличная от научной, но предъявляющая к теоретическому базису жёсткие требования. То есть, сами по себе вышеназванные психотехнические теории с выверенной общей методологией построения психотерапевтического или консультативного процесса в очередной раз демонстрируют наличие глубоких противоречий между естественнонаучными и гуманитарными подходами, но не предлагают каких-либо сущностных идей по преодолению данной ситуации. Более того, авторы данных теорий, по-видимому, считают любое движение в данном направлении излишним и ничем не оправданным (Ф.Е. Василюк, 1992; В.Ю. Завьялов, 2000; А.В. Юревич, 2008).

Такое кризисное состояние, с нашей точки зрения, объясняется, прежде всего, дефицитом идей в сфере поиска подлинного, системообразующего стержня, объединяющего признанные - психиатрии, психологии – и становящиеся (психотерапия) научно-практические направления, в предметной сфере которых категория качества психического здоровья является очевидным приоритетом. А так же – дефицитом масштабных, комплексных исследований, подтверждающих дееспособность и высокий уровень научной эвристики в отношении найденного варианта системной организации обозначенных научных направлений и дисциплин.

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

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

3.4.2. Базисная научно-исследовательская программа (НИП) – центральный концепт в философско-методологических разработках известного в данной сфере специалиста И. Лакатоса – определяется как «последовательность научных теорий, которая выстраивается как развитие некой исходной – как правило, фундаментальной – теории, основные идеи, методы и предложения которой выдвигаются интеллектуальными лидерами науки и усваиваются научными сообществами». Сам И. Лакатос считал, что наука как таковая может рассматриваться в качестве гигантской исследовательской программы, подчиняющейся основному эвристическому правилу К. Поппера: «Выдвигай гипотезы, имеющие большее эвристическое содержание, чем у предшествующих» (И. Лакатос, 2003). Последняя констатация этих всеобъемлющих свойств НИП чрезвычайно важна, поскольку именно сфера психического, в частности, категория качества психического здоровья, является чрезвычайно обширной зоной, неким «облаком» противоречивой информации – без каких-либо очерченных границ. Эту зону невозможно охватить какой-то одной теорией, пусть даже и фундаментальной, а только лишь объемным кластером проработанных теорий, положений и концепций, выстроенных на основании системообразующего стержня НИП. В этом смысле, нужно понимать, какая исследовательская метапозиция и система фундаментальных допущений выполняют здесь функцию главной, системообразующей идеи («фундаментальной теории» по И. Лакатос), что есть «жесткое ядро» и «вспомогательные гипотезы» в общей конструкции НИП, в каких динамических отношениях эти структурные компоненты находятся, и почему именно базисная научно-исследовательская программа, а, к примеру, не концепция

научной парадигмы Т. Куна (1975), оказалась более адекватными для научной репрезентации феномена качества психического здоровья.

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

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

непродуктивных затрат на производство неактуальных и вторичных знаний, и является своеобразным методологическим «справочником» для исследовательских коллективов.

Далее, необходимо иметь в виду, что общая тенденция в развитии информационных технологий вообще, и науки, как технологии производства научной информации – в частности, сводится к формированию конгломератов так называемых «больших данных» (К. Кукьет, 2015). Современные суперкомпьютеры, а в недалеком будущем и каждый индивидуальный пользователь, будут способны извлекать из этого беспрецедентного информационного «облака» аргументированные ответы, практически, на любые, в том числе и наукоемкие вопросы. Таким образом, например, могут быть получены ответы и на вопросы того, какие перспективные исследования и с какой глубиной методологического горизонта могут быть реализованы в сфере качественных характеристик психического здоровья, А сама эта категория может быть рассмотрена из множества таких позиций, которые даже и не представлены в исследовательской практике. Соответственно, разработка профильной НИП – это «правильный шаг в правильном направлении» формирования такой информационной суперсистемы, с помощью которой преодолеваются противоречия и решаются задачи любой степени сложности.

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

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

- установочного, на котором определяются базисные контексты и методологические принципы, на основании которых выстраивается исследовательская программа; важнейшее значение данного уровня в структуре основных компонентов НИП определяется фактом того, что общий алгоритм формирования таких базисных контекстов по отдельным направлениям НИП выделяется в специальный методологический раздел;
- идентификационного, на котором разрабатываются соответствующие методологические подходы и определяются инструменты реализации исследовательской программы по основным направлениям, определяемым на основании выведения актуальных контекстов;
- структурно-содержательного, раскрывающего функциональную иерархию содержательных характеристик феномена качества психического здоровья по каждому актуальному направлению НИП;

- технологического, проясняющего основные (универсальные и специфические) механизмы форсированного развития высоких уровней индивидуального и социального психического здоровья;
- инструментально-методологического, показывающего возможность разработки системы адекватных промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих уровни развития индивидуального и социального психического здоровья, фиксации значений данных индикаторов в исследовательской и рутинной практике; и, соответственно, возможность разработки соответствующего актуального направления НИП;
- институционального, адресующегося к организационным моделям, обеспечивающим форсированное развитие искомых уровней качества индивидуального и социального психического здоровья в требуемых масштабах; и, следовательно, решающего по существу важнейшие социальные задачи, содержание которых и определяло исходный базисный контекст исследовательской программы;
- собственно системного, представленного двумя рядами взаимозависимых признаков: функциональным, со всеми перечисленными уровнями (в данном ряду первые три уровня представляют, в основном, идентификационные характеристики, а следующие три – организационно-прагматические характеристики рассматриваемого феномена); и внешним, мета-функциональным, рассматривающим системное взаимодействие качественных характеристик психического здоровья с другими, сопряженными категориями, имеющими отношение к индивидуальному и социальному здоровью.

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

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

Главным принципом, определяющим общие направления и методологическую специфику исследовательских фрагментов, реализуемых в рамках НИП, является констатация фундаментального обстоятельства того, что изучение качественных характеристик феномена индивидуального и социального психического здоровья имеет свою специфику, отличную от позитивистских установок естественнонаучного информационного полюса. Такого рода исследования в существенно большей степени, чем, например, изучение биологических основ психических и поведенческих расстройств, должны опираться на эпистемологические установки эпохи научного постмодерна:

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

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

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

– при сохранении значимости ретроспективного (т.е. обращенного в прошлое) вектора исследования, приоритетным в общем формате НИП является проспективный – обращенный в будущее – вектор исследования, изучающий возможности форсированного развития конструктивного или, наоборот, стагнации деструктивного признака в требуемых параметрах масштаба и скорости изменений. В данной связи, дискуссия о взаимозависимости биологических, социальных и психологических факторов в обеспечении уровней адаптации и качества жизни конкретного субъекта или исследуемых групп населения должна разворачиваться в сторону научно-обоснованной аргументации того, в какой степени форсированное развитие качественных компонентов индивидуального, либо социального психического здоровья способно компенсировать исходно неблагоприятные биологические или социальные обстоятельства, и обеспечивать устойчивую тенденцию конструктивного развития субъекта или группы. Такое «вероятностное» прогнозирование должно проводиться в отношении всех предлагаемых способов влияния на качественные характеристики индивидуального или социального психического здоровья;

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

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

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

доктринальные установки и принципы их реализации в системе действующих специальных институтов; на данном уровне определяется возможность неконфликтной имплементации полученных результатов в теоретическую и практическую часть анализируемых дисциплин; 4) уровень актуального профессионального поля, представленного обновляемым набором актуальных знаний – умений – навыков, необходимых для профессионалов, действующих в сфере анализируемых научно-практических направлений; на данном уровне исследуется возможность расширения границ профессиональной компетенции профильных специалистов с учетом результатов реализованных направлений НИП; 5) уровень профессиональных стандартов, представленный системой таких стандартов, разработанной для исследуемых дисциплин. Профессиональные стандарты формируют «видимый» сектор рассматриваемых научно-практических направлений, непосредственно соприкасающийся с основными контактными группами потребителей профильных услуг. В случае адекватной ассимиляции полученных научных результатов НИП на двух предшествующих уровнях, профессиональные стандарты рассматриваемых дисциплин могут и должны быть модифицированы, за счет чего, собственно, и должно осуществляться инновационное развитие практики развития высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья.

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

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

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

Сущностная характеристика предлагаемой эталонной модели стандартных требований по оформлению профессиональной деятельности в интересующей нас сфере состоит в том, что в данной модели каждый из описываемых профессиональных стандартов (мониторинга, услуг, профессиональной спецификации и квалификации, профессиональной подготовки, организации профильных служб) соотносится со всеми остальными по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости и взаимодополнения. Так, основная функция стандарта мониторинга, помимо идентификации уровней качества социального психического здоровья в популяции, в целом, и в отдельных группах населения, определяется в данной схеме как выявление потребностей населения в профильной помощи и степени удовлетворения данных потребностей действующими службами. На основании полученной таким образом информации должен выстраиваться стандарт услуг с точным расчетом необходимого ассортимента и объема, полностью соответствующих потребностям основных групп населения. В свою очередь, профиль, ассортимент и рассматриваемый объем услуг являются основанием для разработки адекватного стандарта профессиональной спецификации (т.е. набора специалистов, которые имеют непосредственное отношение к рассматриваемой проблеме), а также квалификационных требований по каждой профессиональной номинации, четко определяющих характеристики знаний – умений –

навыков, необходимых для качественной реализации предусмотренного ассортимента услуг. Далее, система профессиональной спецификации и соответствующих квалификационных требований является основанием для разработки стандарта программ профессиональной подготовки (додипломной, последипломной, дополнительной, непрерывной) персонала, принимающего непосредственное участие в процессах, формирования высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья. Наконец, на основании всех вышеназванных стандартов производится необходимый расчет структурного, технологического, кадрового, финансово-экономического, нормативно-методологического обеспечения деятельности профильных служб, т.е. разрабатываются соответствующие организационные стандарты. Эффективность усилий по формированию высоких уровней качества социального психического здоровья, в свою очередь, оценивается с помощью программы мониторинга, включающей системы промежуточных и конечных индикаторов эффективности. Используя данную схему, можно сравнительно легко определить основные изъяны и несогласованность в деятельности профессиональных институтов, ответственных за состояние психического и психологического здоровья в обществе.

В целом же, оформление основных компонентов – «вспомогательных гипотез» – базисной научно-исследовательской программы в соответствии с матричным принципом предполагает изначальное системное видение рассматриваемой проблематики и последующее использование системного подхода на всех этапах реализации НИП. Таким образом делается все возможное, чтобы общий конгломерат «больших данных», касающихся феномена качества психического здоровья, был организован наилучшим образом; т. е., чтобы – при выделении из этого общего информационного конгломерата какого-либо определенного фрагмента – всегда можно было проследить «родственные связи» этого фрагмента во всех матричных «семействах» и на всех дифференцируемых уровнях рабочих компонентов НИП. И далее, именно это фундаментальное свойство НИП и позволяет позиционировать данную эпистемологическую конструкцию в качестве главного, системоообразующего стержня общего проблемного поля, связанного с идентификацией качественных характеристик категории психического здоровья.

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

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

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

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

- Павлодарского многофункционального опросника, позволяющего проводить сложные эпидемиологические исследования с выявлением интенсивности представленности уровней качества социального психического здоровья – с одной

стороны, и уровней распространения основных типов деструктивных социальных эпидемий – с другой;

- Базисной исследовательской карты, заполняемой в отношении каждого участника клинико-экспериментальной части исследовательской программы, и позволяющей оценивать терапевтическую динамику по собственно клиническим (психопатологическим), нейрофизиологическим, биохимическим, экспериментально-психологическим, социальным и другим индикативным параметрам и учитываемым признакам, позволяющим сопоставить эту динамику с темпами и уровнем развития качественных характеристик индивидуального психического здоровья;
- шкалированного варианта протокола психотехнического анализа, заполняемого на лиц, участвующих в экспериментальных программах по форсированному развитию качественных характеристик психического здоровья, и демонстрирующего особенности динамики прохождения субъектом адаптивно-креативного цикла в таких терапевтических и развивающих программах;
- компьютерной программы по определению уровня психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии – инструмента, используемого как для скрининга, так и для индивидуальной диагностики уровней качества психического здоровья, и, соответственно – оценки степени устойчивости к формированию химической, деструктивной, психологической зависимости у лиц в различных возрастных группах;
- программы мониторинга, а так же – и имплементированной в данную программу шкалы уровней контроля в сфере управления качеством психического здоровья, используемых в оценке эффективности метамодели социальной психотерапии; данные инструменты учитывают темпы и масштабы распространения деструктивных социальных эпидемий – антагонистических, по отношению к динамике повышения уровня качества социального психического здоровья, признаков. Таким образом, даже и эти инструменты итоговой оценки институциональной эффективности, в своей основе, ориентированы на первоначальный социальный контекст, формирующий соответствующий, актуальный фронт исследования.

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

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

Специально следует отметить факт того, что организация исследовательского процесса с использованием такого системообразующего инструмента, радикально отличается от хаотических попыток проникновения в ткань предметной сферы качественных характеристик психического здоровья со стороны множества дисциплин, имеющих прямое или косвенное отношение к данному вопросу. Понимание специфики проблемного поля, общего исследовательского контекста и перспективы сведения получаемых результатов в тематические базы «больших данных» – много что дает, и в плане подлинной актуальности, глубины, методологической оснащенности исследовательского процесса; и, конечно, в смысле полноценной институализации полученных результатов. В плане иллюстрации беспрецедентных «наукоемких» возможностей НИП приведем следующий пример: в пятом фрагменте комплексной

исследовательской программы нами было показано, что профессиональная психотерапия, в отношении которой ведутся непрекращающиеся дискуссии в отношении ее принадлежности к статусу научных дисциплин, при соответствующем методологическом перевооружении – демонстрирует не только полное соответствие критериям кодифицированной системы научных знаний, но и представляет их весьма перспективный, авангардный фронт.

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

Общий раздел

- констатирующая часть, с результатами анализа основных исторических, эволюционных, биологических, социальных и иных актуальных контекстов, и выводимыми отсюда установочными позициями в отношении необходимости исследования качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья;
- эпистемологическая часть, с результатами углубленного эпистемологического анализа и выводимым отсюда методологическим обоснование специфики научных исследований в сфере феноменологии качества психического здоровья (сюда включатся концептуальная часть, с обозначением системообразующего стержня НИП, а так же – гипотетическая часть, формируемая «рабочими» компонентами базисной научно-исследовательской программы);
- аналитическая часть с результатами идентификации предметной сферы категории качества психического здоровья в контексте наиболее перспективных направлений и актуальной частной проблематики базисной научно-исследовательской программы.

Раздел целеполагания

- иерархия целей НИП, расписанная в соответствии с установленными приоритетами в сфере исследования качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья, матричным принципом организации тематических научных исследований, приоритетными прикладными проблемами;
- систематизация задач, необходимых для достижения каждой из планируемых целей;
- структурное оформление основных направлений исследовательской деятельности в виде завершенных проектов или комплексных исследовательских программ;
- краткое описание результатов, достижение которых планируется по каждому из разработанных направлений НИП, с выведением перспективы компенсации дефицита в системе кодифицированной – по матричному принципу – экспертной базы знаний, а так же выведение системы промежуточных и итоговых индикаторов эффективности реализации каждого направления НИП.

Специальный раздел

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

Эти подразделы содержат исчерпывающую информацию по следующим позициям:

- чёткая формулировка рабочей гипотезы;
- определение целей, задач, планируемых результатов по каждому направлению исследования и исследовательскому проекту;
- выделение существенных характеристик (параметров), подлежащих измерению;
- определение основных и вспомогательных методов измерения соответствующих параметров;

- определение процедуры синтеза и последующей интерпретации полученных данных;
- определение (или констатация приверженности к принципам доказательной исследовательской практики) методологии установления степени надежности полученных данных;
- определение принципов коррекции первичной концептуальной базы и рабочих гипотез;
- разработка методологии сбора данных;
- формирование итогового дизайн-проекта по каждому исследовательскому фрагменту;
- разработка необходимого ресурсного обеспечения (состав бригады специалистов – исследователей, лабораторное обеспечение, информационное обеспечение, административная и финансовая поддержка, техническая поддержка и пр.);
- разработка стратегии реализации и продвижения исследовательских проектов в соответствие с институализированной процедурой выполнения профильных научно-технических программ (НТП*)*, публикаций, защиты научных результатов в профильных учёных и диссертационных советах, научных комитетах, аккредитованных профессиональных ассоциациях.

Институциональный раздел

- в данном разделе прописываются процедуры институализации научных достижений в содержание профессиональных стандартов психотерапевтических, консультативных, воспитательных, образовательных и иных развивающих практик, реализуемых в метамодели социальной психотерапии;
- процесс институализации инновационных технологий, охватывающих все направления функциональной активности метамодели социальной психотерапии – помогающее, развивающее, саногенное, социально-стабилизирующее – безусловно, должен сопровождаться масштабным мониторингом эффективности и адекватным методологическим сопровождением;
- это подразумевает организацию мощных многопрофильных научно-практических и образовательных кластеров, которые должны действовать в тесном сотрудничестве с профессиональными ассоциациями.

Раздел мониторинга и коррекции

- в данном разделе прописываются результаты мониторинга этапов проработки общего проблемного поля, охватываемого НИП, вносятся необходимые коррективы и дополнения по всем разделам программы, определяются новые направления исследований, уточняется методология их реализации;
- мониторинг осуществляется на основании разработанной системы промежуточных и итоговых индикаторов и стандартных отчётов о проведённых научных исследованиях, инновационных внедрениях; результаты мониторинга доводятся до сведения дисциплинарно-коммуникативного сообщества;
- реализацию программы такого постоянного мониторинга и обновления НИП должны взять на себя наиболее мощные научно-практические и образовательные многопрофильные кластеры, имеющие для этого все необходимые ресурсы (информационная база, экспертные группы, учёный совет с перспективой трансформации в диссертационный совет и пр.);
- результаты такого многоуровневого мониторинга заносятся в экспертные базы данных, на основании чего, в последующем, формируются конгломераты «больших данных» по проблематике качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья.

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

В нашем случае, в качестве такого актуального контекста была определена проблематика деструктивных социальных эпидемий – химической, деструктивной психологической зависимости, адаптационных расстройств – тесно связанная с темой личной и социальной эффективности. Однако, данное направление НИП – далеко не единственное, которое может формировать перспективный исследовательский фронт в сфере качественны характеристик психического здоровья. Наши предварительные поиски в этом направлении показывают, что такими же перспективными фрагментами НИП могут быть: 1) углубленное исследование проблематики первичных и устойчивых ресурсных состояний субъекта, применительно к острой и хронической стрессовой ситуации, острого или хронического (в том числе и неизлечимого) заболевания, наличия неустранимых физических дефектов; 2) глубокая – с позиции качественных характеристик психического здоровья – проработка проблематики ресурсных, профессиональных личностных статусов, особенно в сфере деятельности специалистов помогающего и развивающего профиля; 3) исследование темы активного долголетия и возможностей управления уровнем эпигенетической активности организма, с глубокой проработкой темы психологического и биологического времени; 4) проработка темы форсированного развития, так называемых, сверхспособностей, демонстрирующих потенциальный горизонт бытия современного человека. Все перечисленные, перспективные направления НИП, в своей основе, технологичны и нацелены на повышение качества жизнедеятельности достаточно обширных и значимых групп населения. И, вместе с тем, каждое из этих направлений предполагает наличие специфического фокуса репрезентации содержательных характеристик феномена качества психического здоровья. Однако, в данном случае, результаты этих тематических исследований, осмысленные и ассимилированные с помощью универсального инструмента НИП, будут лишь повышать функциональную значимость «больших данных», накопленных в сфере качественных характеристик категории психического здоровья.

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

3.5. Институциональные характеристики феномена качества социального психического здоровья

3.5.1. Вводная информация

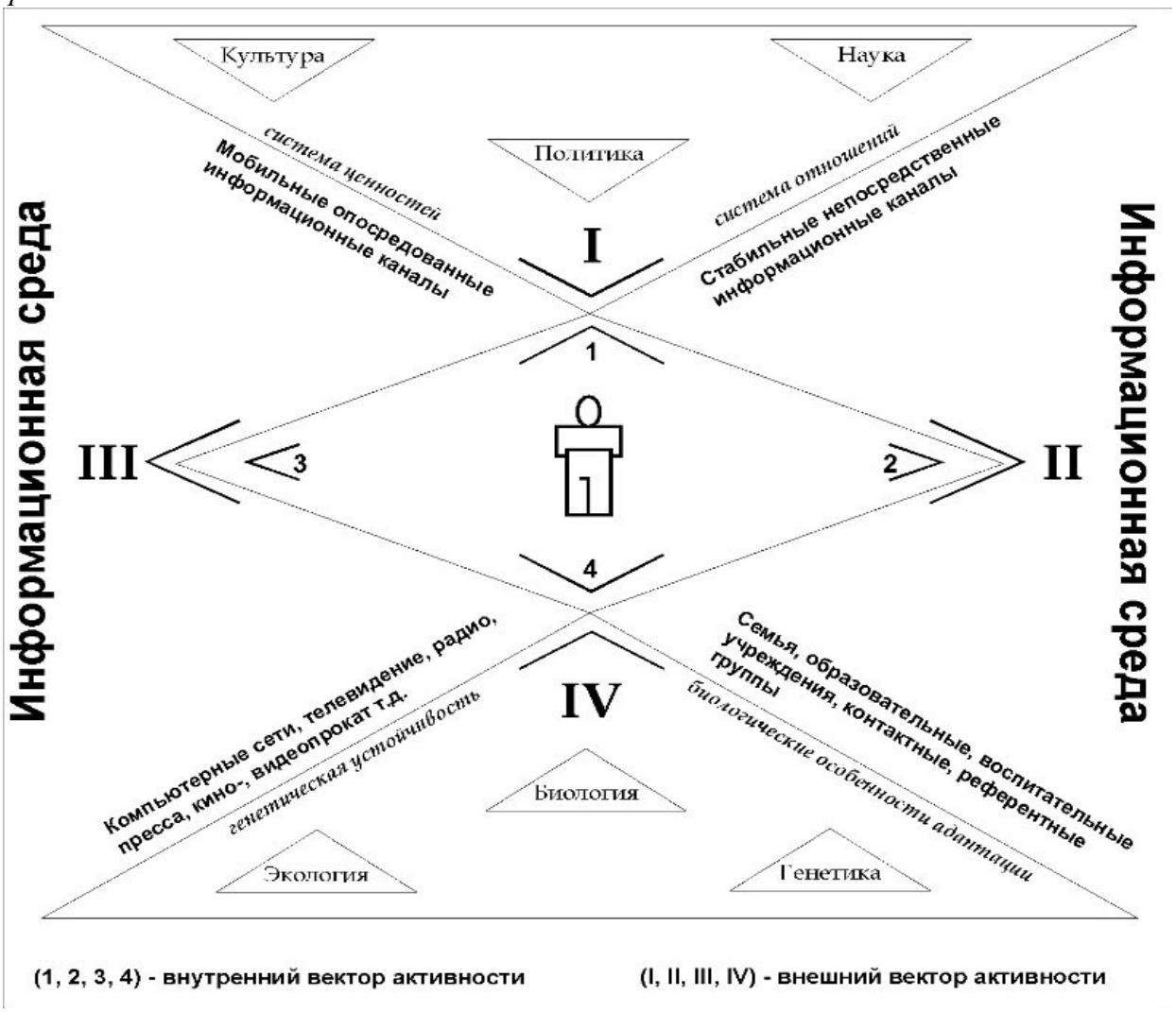
Масштабная институализация результатов комплексных проектов, реализуемых в сфере предметного изучения качественных характеристик психического здоровья, и последующий непрерывный, многоуровневый мониторинг последствий такого инновационного внедрения – являются обязательными условиями полноценного выполнения НИП. Два заключительных раздела базисной научно-исследовательской программы (см. предыдущий раздел) как раз и ориентированы на проработку институциональных характеристик и программы мониторинга результатов внедрения инновационных технологий формирования высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья. В отсутствие, или при очевидной слабости данного компонента – определение итоговой эффективности НИП в отношении планируемой динамики актуальных социальных контекстов весьма проблематично.

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

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

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

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



В данной схеме человек представлен не только как объект воздействия информационных потоков на протяжении всей жизни (стереотип ретроспективного био-

психо-социального подхода), но и как субъект, активно формирующий данные информационные потоки и стимулы для собственного развития (идеология обновленного доктринального подхода в сфере развития высоких уровней качества психического здоровья). Характер и направление такого взаимодействия за счет планируемого роста самоорганизующей активности человека и общества, и социальной эффективности, в целом, смещается от негативного вектора – т. е., тенденцией к общему снижению адаптационных ресурсов и повышению степени агрессивности среды, к позитивному вектору – тенденциям к повышению уровней адаптации и снижению степени агрессивности среды.

На схеме 4 внешний вектор активности (ретроспективная метапозиция: человек – продукт воздействия среды) обозначен римскими цифрами I, II, III, IV и представлен верхним и нижним средовыми потоками с тремя основными блоками содержания каждого из них. Верхний поток (I), формирующий собственно информационную среду, представлен блоками научно-образовательной, культурной и политической активности, находящихся в сложной взаимосвязи и обеспечивающих формирование идиоматического пространства – системы ценностей, основных поведенческих установок, отношений между различными группами населения в обществе и др. Нижний поток (IV), формирующий экологическую и биологическую среду, также представлен тремя блоками, находящимися в тесной взаимозависимости, – экологическим, биологическим, генетическим. В данной схеме нижний поток, в условиях очевидной подмены фундаментальных параметров порядка, обеспечивающих выживание и адаптацию гуманитарной популяции, подчинен верхнему.

Верхний поток, образующий информационную среду, оказывает воздействие на человека через многочисленные информационные каналы. В достаточной степени условно мы выделяем две разновидности каналов: мобильные опосредованные (II) – компьютерные сети, телевидение, радио, пресса, связанные, в основном, с конъюнктурной деятельностью агентов общего информационного рынка; и стабильные, непосредственные (III) – семья, учреждения образования, воспитания, контактные, референтные и др. группы.

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

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

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

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

эффективности конструктивное воздействие на контактные аудитории, повышающее уровень индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному воздействию среды. И далее – конструктивное воздействие на уровень самоорганизующей активности общества в отношении нижнего средового потока (4).

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

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

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

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

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

- современная психотерапия за счёт полноценной реализации своего функционального потенциала – развивающего, саногенного, собственно терапевтического (помогающего), социально-стабилизирующего – рассматривается как практика наиболее эффективного развития самоорганизующей активности человека и общества в кризисный период;
- основной вектор развития современной психотерапии предполагает широкомасштабную институализацию главного и наиболее востребованного эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у субъекта (пациента, клиента) в ограниченные временные периода – в сферу образования, социальной помощи и

поддержки, психологической практики, способных обеспечить полноценный охват нуждающегося населения;

- становящаяся психотерапевтическая наука, в совокупности с базисной научно-исследовательской программой в сфере форсированного развития качественных характеристик психического здоровья, и практика – с возможностью формирования устойчивых ресурсных состояний, препятствующих вовлечению субъекта в деструктивные социальные эпидемии – представляет полюс идеологии активного развития ресурса индивидуального и социального здоровья в агрессивной среде, противоположный «провальной», в этом смысле, идеологии протезирования утрачиваемых факторов и компонентов здоровья;
- в психотерапии наиболее полно и глубоко проработаны принципы профессиональной этики, которые также могут быть транслированы в помогающие и развивающие практики, в совокупности представляющие метамодель СП.

Основным объектом социальной психотерапии, в связи со всем сказанным, является целевые группы населения со следующими характеристиками:

- повышенная уязвимость к агрессивному воздействию среды, обусловленная низким уровнем развития качественных характеристик психического здоровья;
- наличие признаков адаптационного напряжения с проявлением синдрома деморализации (по Дж. Франку);
- наличие высоких рисков и признаков вовлечения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомании, токсикомании);
- наличие высоких рисков и признаков вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские сообщества, игромании, компьютерная зависимость);
- родные и близкие зависимых лиц, вовлеченные в созависимые отношения.

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

Основная цель социальной психотерапии:

- эффективное управление рисками (скрининг, первичная профилактика) и фактами (первичная помощь, терапия, реабилитация) вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии всех типов;
- устойчивое снижение распространенности химической, деструктивной психологической зависимости, психических и поведенческих расстройств, связанных со сложностями адаптации в агрессивной среде;
- достижение приемлемых уровней саногенной самоорганизующей активности, показателей качества жизни и социальной стабильности в обществе;
- достижение высоких уровней социальной эффективности, в том числе и в отношении скорости преодоления генерализованных и локальных кризисов.

Главным организационным инструментом достижения обозначенных целей и выводимых отсюда задач является *метамодель социальной психотерапии* со следующим функциональным определением: под метамоделью СП подразумевается кластерный принцип организации и взаимодействия трех основных секторов социальной сферы (образование, здравоохранение, социальная помощь) в трех основных сферах профессиональной деятельности – психолого-психотерапевтической, саногенной (первично-профилактической), аддиктологической – в сфере форсированного развития высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья, и эффективного противодействия распространению деструктивных социальных эпидемий.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Функциональная значимость каждого из вышеобозначенных блоков такова, что без соответствующего технологического вклада метамодель СП нельзя считать дееспособной и состоятельной.

Тем не менее, следует подчеркнуть особую роль специальных организационных технологий в деле становления и устойчивого развития метамодели социальной

психотерапии, эффективно преодолевающей системные дефициты институционального уровня дисциплинарной матрицы.

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

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

Сущностное отличие подхода социальной психотерапии от традиционно используемых моделей первичной профилактики и лечения зависимых лиц заключается, прежде всего, в наличии строгого научного обоснования универсальных мишеней воздействия основного технологического блока, обоснования эффективности и качества используемых инновационных технологических подходов, возможностей обеспечения полноценного охвата нуждающегося населения наиболее востребуемыми и эффективными формами помощи с непрерывным отслеживанием результатов противодействующих усилий.

Универсальные мишени, используемые в метамодели СП

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

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

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

– *дезадаптация с проявлениями синдрома деморализации (по Дж.Д. Франку, 1986) – полноценная адаптация* (в работе данной мишенью должны быть диагностированы наличие и степень выраженности синдрома деморализации с оценкой тяжести таких типичных проявлений, как: низкий уровень самооценки; чувство безнадежности и беспомощности; чувство страха; уныние; тревога; спутанность мышления;

психофизиологические симптомы, воспринимаемые как признаки нарушения здоровья; должна быть обеспечена редукция данных психопатологических проявлений за счет формирования у субъекта первичного и далее – устойчивого ресурсного состояния, характеризующегося высокими уровнями адаптации);

– *девиантная (патологическая) – нормативная базисная мотивация* поведения субъекта (в первом случае, поведение субъекта направлено на удовлетворение ресурсного запроса за счет использования патологических адаптогенов ультрабыстрого действия, а во втором – на достижение целей и ценностей конструктивного жизненного сценария; в работе с данной мишенью должно быть диагностировано весовое соотношение глубинных мотивационных установок субъекта на реализацию альтернативных адаптационных стратегий – патологическую, связанную с использованием адаптогенов быстрого действия, и нормативную, связанную с реализацией значимых целей и ценностей конструктивного жизненного сценария; должен быть обеспечен существенный перевес нормативных мотивационных установок).

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

3.5.3. Система управления качеством в метамодели СП

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

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

Далее, нами было разработано следующее рабочее определение системы управления качеством: система менеджмента качества, используемая в метамодели социальной психотерапии – наиболее перспективная форма организационно-управленческой деятельности, позволяющая четко идентифицировать предмет, параметры и методы оценки качества профильной помощи, а также использовать наиболее адекватные способы постоянного улучшения всех компонентов СП.

Вышеназванное определение подчеркивает конструктивные особенности и прагматический характер разработанной системы менеджмента качества СП, направленных на реализацию следующего алгоритма: 1) формирование адекватных, научно обоснованных представлений об условиях и процессах, обеспечивающих высокое качество оказываемой профильной помощи; 2) обоснование основных параметров, системы промежуточных и конечных индикаторов, используемых в процедурах

исследования и оценки категория качества; 3) определение наиболее адекватных методов и инструментов оценки данных параметров, позволяющих отслеживать динамику качества оказываемой помощи; 4) разработка наиболее эффективных организационно-управленческих технологий, способствующих непрерывному совершенствованию всех значимых компонентов профильной помощи.

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

Характеристики функционального назначения каждого из поименованных системных компонентов СМК следующие.

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

Компоненты качества ВОЗ – согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, качество помощи обеспечивается четырьмя универсальными компонентами – адекватностью, экономичностью, обоснованностью и высоким научно-техническим уровнем ее оказания, эффективностью. Основное функциональное назначение данного структурного блока КСМК – четко определить параметры, методы исследования и оценки качества профильной помощи. Т.е., каждому из вышеназванных компонентов соответствуют определенные методы и технологии оценки качества СП.

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

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

- управления и координации (данная приоритетная группа процессов призвана обеспечить становление, устойчивое развитие и эффективное взаимодействие кластеров, представляющих метамодель социальной психотерапии);
- технологическими процессами, соответствующими основным профессиональным профилям, ассоциированным в метамодели социальной психотерапии;
- обеспечения необходимыми ресурсами – кадровыми, структурными, материально-техническими, финансово-экономическими, формирующими адекватный масштаб профильной деятельности;
- консолидации партнерских возможностей – данная группа процессов имеет непосредственное отношение к налаживанию конструктивного взаимодействия между всеми представителями общественных структур и организаций, заинтересованными в эффективном решении актуальных социальных проблем и повышении социальной эффективности, в целом.

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

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

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

Первой стратегической линией является достижение максимального соответствия оказываемой профильной помощи утвержденным эталонам (стандартам). Реализация данной стратегии не представляет особых сложностей в случае, если соответствующие технологические образцы-эталоны разработаны и утверждены, а также существуют механизмы постоянного контроля в сфере оказания профильных услуг.

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

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

- реализация программы базового многоуровневого мониторинга по определению ситуации, связанной с уровнем качества психического здоровья населения, распространением деструктивных социальных эпидемий и оценки эффективности противодействующих усилий;
- реализация базовых исследований по идентификации системного доктринального, институционального дефицитов, разработки и апробации соответствующих инновационных технологий, утверждения системы профессиональных стандартов по каждому направлению деятельности, представляющему метамодель социальной психотерапии;
- масштабное внедрение соответствующих технологических блоков по основным направлениям профильной, профессиональной активности;
- осуществление промежуточного, а также итогового контроля эффективности по отдельным технологиям, профильным кластерам, метамодели социальной психотерапии в целом, с выявлением проблемных зон и несоответствия установленным критериям эффективности; определение задач в сфере обеспечения качества для научного, практического и образовательного секторов по каждому профильному направлению;
- реализация актуальных исследовательских проектов, программ по управлению качеством в практическом секторе, профильных научных учреждениях и учреждениях образования;

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

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

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

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

Здесь же должны быть учтены и другие аргументы в пользу принятия соответствующих законодательных актов, которые сводятся к тому, что изменение социальных норм, регулирующих определённую профессиональную деятельность, имеет смысл в том случае, когда:

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

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

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

которого являются характеристики качества индивидуального и социального психического здоровья.

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

Основные задачи:

- обеспечение и защита прав граждан в сфере оказания профессиональной помощи, направленной на развитие высоких уровней качества психического здоровья;
- создание комфортных правовых условий для опережающего развития дисциплин, имеющих непосредственное отношение к предмету качественных характеристик психического здоровья;
- установление принципов регулирования и порядка оказания профильной профессиональной помощи;
- создание правовых условий для свободного доступа населения к услугам, представленным в метамодели социальной психотерапии;
- правовое регулирование вопросов обеспечения качества профильной помощи.

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

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

- признания приоритета сферы качества индивидуального и социального психического здоровья, прямо связанной с устойчивостью к вовлечению в химическую (алкоголизм, наркомании, токсикомании), деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании, компьютерная зависимость и др.), адаптационные расстройства – наиболее распространенные среди населения;
- признания необходимости ускоренного развития профессиональных институтов, представляющих научно-практические дисциплины и медико-психологические специальности, и обеспечивающих возможность: эффективного совладания с проблемными и кризисными ситуациями; мобилизации ресурсов психики и всего организма на полноценное преодоление последствий влияния болезненных факторов; форсированного развития высоких уровней качества психического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды; достижения активного долголетия и высокого качества жизни;
- соблюдение прав граждан в сфере возможностей повышения качества психического здоровья и обеспечение, связанных с этими правами, государственных гарантий;
- достижение соответствия структуры, объёма и качества предоставляемой профильной помощи реальным потребностям населения в данной помощи;
- научная обоснованность используемых в метамодели социальной психотерапии методов и технологий;
- сочетание государственного и общественного регулирования в сфере развития профессиональных направлений, действующих в сфере обеспечения качества психического здоровья;
- многоукладность, гибкость подходов в вопросах организации профессиональных кластеров, действующих в метамодели социальной психотерапии.

Первые две позиции в приведенном перечне констатируют факт признания особой значимости сферы качества психического здоровья, а так же – признания тесной взаимозависимости данной категории с наиболее актуальными на сегодняшний день (и, по-видимому, на ближайшую и отдаленную перспективу) социальными контекстами.

Именно эти факты и были вполне доказаны результатами проведенных масштабным и комплексных исследований, демонстрирующих необходимость подлинных прорывов в развитии профессиональных институтов, ответственных за формирование высоких уровней качества психического здоровья, устойчивость к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии и социальную эффективность, в целом.

Далее, безусловно, центральным в данном законопроекте, должен быть регламентный блок, касающийся обеспечения прав граждан при оказании им профессиональной помощи – психотерапевтической, консультативно-психологической, аддиктологической и пр. Данная позиция в сфере государственной политики может быть раскрыта в следующих разделах законопроекта.

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

- надзора за соблюдением законности и реализации полного объёма прав граждан при оказании им профильной профессиональной помощи;
- выполнения полного объёма функций по развитию и совершенствованию профессиональной помощи, направленное на повышение качества психического здоровья, всеми органами государственной власти в пределах установленной компетенции;
- государственного контроля над полнотой и качеством оказываемой профильной помощи.

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

- на информацию о качестве психического здоровья и рисках, которые связаны с низким уровнем качества психического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды (повышение риска вовлечения в алкогольную, наркотическую, токсическую зависимость; деструктивную психологическую зависимость – тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании, компьютерную зависимость; расстройства адаптации, связанные, в том числе с формированием суицидального поведения);
- на конфиденциальную диагностику уровней качества психического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды с выдачей рекомендаций по использованию средств и методов профильной профессиональной помощи, при наличии показаний к их использованию;
- на оказание профессиональной помощи, направленной на форсированное развитие высоких уровней качества психического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, в объёме, гарантированном государством;
- на информацию о качестве психического здоровья несовершеннолетних детей или лиц, законными представителями которых они являются;
- на оказание необходимого объёма профильной профессиональной помощи несовершеннолетним детям или лицам, законными представителями которых они являются.

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

- о целях, задачах и возможностях профессиональной помощи, конкретных технологиях такой профильной помощи;
- о правах граждан в сфере оказания профильной профессиональной помощи;
- об уровне квалификации специалистов, действующих в метамодели социальной психотерапии;

- об официально признаваемых направлениях, методах и технологиях профессиональной помощи, в том числе включаемых в действующий государственный стандарт, формируемый по отдельным видам профильной помощи;
- об авторских методах и технологиях профильной профессиональной помощи, не внесённых в единый реестр и не включённых в действующий государственный стандарт, формируемый по отдельным видам помощи;
- об апробируемых в рамках экспериментальных научно-исследовательских или инновационных проектов методах и технологиях профильной профессиональной помощи;
- о возможных негативных последствиях использования нелегализованных методов и технологий профильной помощи;
- информация по всем вышеперечисленным пунктам должна публиковаться на официальных сайтах министерств и ведомств социального сектора – здравоохранения, образования, социального обеспечения; сайтах профессиональных ассоциаций и объединений, действующих в сфере каждого направления профильной помощи;
- данная информация должна предоставляться специалистами, оказывающими профильную помощь, по требованию клиентов или их законных представителей;
- в случае использования нелегализованных методов и технологий профильной помощи такая информация должна быть предоставлена лицам, обращающимся за соответствующей помощью или их законным представителям в обязательном порядке.

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

- уважительное и гуманное отношение;
- свободный выбор специалистов, видов, методов, технологий и форм (государственной либо частной) оказания профильной профессиональной помощи;
- получение качественной, профессиональной помощи в объёме, гарантированном государством, и сверхнормативном объёме, реализуемом на возмездной основе;
- полную и конфиденциальную информацию о состоянии качества собственного психического здоровья, диагностируемого в ходе оказания профильной помощи;
- сохранение врачебной тайны в отношении сведений, ставших доступными специалистам, действующим в сфере оказания профильной помощи;
- анонимный характер оказываемой профильной, профессиональной помощи;
- отказ от фото-, видео-, аудиозаписей при оказании профильной, профессиональной помощи;
- пересмотр и снятие медицинского диагноза в случае его установления в ходе оказания профильной помощи в порядке, предусмотренном законодательством;
- получение выписок из документации, оформляемой при оказании профильной профессиональной помощи;
- иные права, предусмотренные национальным законодательством.

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

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

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

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

- допуск к деятельности в сфере профессиональной помощи;
- программы подготовки специалистов, действующих в сфере профильной профессиональной помощи;
- требования к организациям и лицам, осуществляющим образовательную деятельность в сфере профильной профессиональной помощи;
- регламент подтверждения права на деятельность в сфере оказания профильной профессиональной помощи;
- регламент прекращение права на деятельность в сфере оказания профильной профессиональной помощи;
- обеспечение контроля качества в сфере подготовки специалистов, действующих в метамодели социальной психотерапии;
- основные виды профильной профессиональной помощи, эффективность которых установлена на основании доказательной практики;
- требования к учреждениям и лицам, оказывающим профильную профессиональную помощь;
- регламент признания и введения в государственный реестр методов и технологий, используемых при оказании профильной профессиональной помощи.

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

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

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

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

- *ценность* (главными ценностями психотерапевтов и консультантов являются целостность, беспристрастность и уважение);
- *политика равных возможностей, отсутствие дискриминации* (дискриминация на основании возраста, нетрудоспособности, национальной или религиозной принадлежности, пола, сексуальной ориентации или социально-экономического положения, а также на других основаниях – противоречит этике психотерапии);
- *ответственность перед клиентом* (в ходе проведения психотерапевтических и консультативных сессий должны быть использованы все доступные средства для того,

чтобы обеспечить пациенту/ клиенту безопасность. Консультанты и психотерапевты должны с равной добросовестностью относится к этической стороне своей работы вне зависимости от условий или финансовой основы контракта);

- *социальная ответственность* (психотерапевту и консультанту следует осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с законами, которые действуют в интересах пациента и общественного блага в целом);
- *профессиональная компетентность* (психотерапевт и консультант должны заниматься практикой, которая не выходит за пределы его компетенции, то есть практикой, основанной на полученном образовании, специальной подготовке и профессиональном опыте. Таким специалистам следует стремиться приобретать новые знания и навыки, необходимые в работе с различными категориями пациентов. Жизненные стрессы и болезни психотерапевтов и консультантов, ослабляющие их профессиональную компетентность, должны быть ими своевременно осознаны; в связи с ними должны быть предприняты соответствующие меры);
- *информированное согласие, контракты* (терапевтические отношения между пациентом/клиентом и психотерапевтом или консультантом основываются на доверии и информированном согласии. Условия консультирования, психотерапии должны быть максимально ясны клиенту до начала данного процесса. Любое изменение этих условий должно обсуждаться с пациентом/клиентом и учитываться в заключаемом контракте);
- *конфиденциальность* (конфиденциальность и доверие являются необходимыми условиями психотерапии и консультирования. Конфиденциальность информации, раскрытой пациентом в общении с психотерапевтом/консультантом, является основным правом клиента и неотъемлемой частью эффективной психотерапии и исследовательской деятельности. Психотерапевт/консультант должен принять все необходимые меры, чтобы не нарушать права пациента (в том числе бывшего) на конфиденциальность);
- *границы, запрет на эксплуатацию пациента* (психотерапевт/ консультант должен устанавливать и сохранять границы терапевтических отношений, а также учитывать влияние любых предшествующих и перекрывающих отношений. В связи с тем, что пациенты/клиенты достаточно уязвимы в неравных отношениях со специалистом, психотерапевты/консультанты не должны каким-либо образом эксплуатировать пациента и членов его семьи);
- *честность* (честность лежит в основе терапевтических отношений. Осознавая сложность человеческого общения и терапевтических отношений, психотерапевт и консультант должны взаимодействовать с пациентами и их семьями честно и достаточно открыто);
- *научные обязательства* (психотерапевту/консультанту следует способствовать развитию научных и клинических знаний и повышению образовательного уровня студентов и коллег. Исследования следует проводить в соответствии с принципами доказательной практики);
- *охрана профессионального сообщества и общества в целом от некомпетентности* (психотерапевту/ консультанту следует постоянно оценивать свою способность к осуществлению профессиональной деятельности и давать обратную связь относительно состояния и способностей к профессиональной деятельности своих коллег).

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

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

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

Выводы

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

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

- использования постмодернистских, постнеклассических научных подходов в обосновании статуса научной истины;
- выстраивания специальной исследовательской программы по критериям, предложенным И. Лакатос;
- идентификации актуальных социальных контекстов, определяющих предметное поле и методологию основных направлений исследовательского процесса, реализуемых в рамках базисной НИП;
- идентификации сущностных характеристик исследуемой категории качества психического здоровья в рамках проработанных особенностей методологического контекста и на основании универсального матричного принципа;
- сведения полученных - в разных исследовательских контекстах – результатов в системно-организованный информационный конгломерат «больших данных», с формированием перспективных исследовательских фронтов.

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

- идентифицировать матричную, многоуровневую структуру предметной сферы рассматриваемой категории качества психического здоровья;
- определить содержательные характеристики феномена качества психического здоровья, высокий уровень развития которых является доказательным антагонистическим признаком в отношении рисков вовлечения во все типы деструктивных социальных эпидемий;
- проработать существенные характеристики каждого дифференцируемого уровня предметной сферы категории качества психического здоровья – установочного, идентификационного, структурно-содержательного, технологического,

инструментально-методологического, институционального, системного – с возможностью сведения полученных результатов в экспертные базы «больших данных»;
- разработать модель трехуровневой развивающей коммуникации с возможностью форсированного развития психологических свойств, представляющих содержательные характеристики качества психического здоровья;
- разработать универсальную оценочную технологию психотехнического анализа, позволяющую исследовать эффективность используемых в рассматриваемой сфере практик;
- разработать метамодель социальной психотерапии, представляющую институциональный уровень базисной научно-исследовательской программы и обеспечивающую возможность эффективного противодействия процессу распространения деструктивных социальных эпидемий.

4. Полученные при проведении настоящего комплексного исследования результаты существенно обогащают теоретическую базу и технологический потенциал таких становящихся и признанных научно-практических направлений, как психотерапия, психиатрия, аддиктология, прикладная психология, – сфера деятельности которых непосредственно связана с качественными характеристиками психического здоровья. И, следовательно, эти результаты обосновывают возможность развития нормативно-правовой базы, стимулирующей эффективную профессиональную деятельность в сфере обеспечения высоких уровней качества психического здоровья в обществе.

Литература

1. Абрамов В.А. Нравственность и презумпция психического здоровья (по поводу статьи В.А.Тихоненко и Г.М.Румянцевой) // Журн. невропат. и психиатр, 1992. - № 2. - С. 130-132
2. Александровский Ю.А. К вопросу о патогенезе психической травмы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - № 2.- С.14-15
3. Амбарумова А.Г., Пустовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1991. - № 1.- С. 26-38
4. АракеловГ.Г. Нейронауки - основа развития психологии // Ж. Вопросы психологии. - № 5. - 2004. - С. 89-92
5. Беличева С.А. Социально-педагогические методы оценки социального развития дезадаптированных подростков // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 1995. - № 1. - С. 3-17
6. Белов В.П., Шмаков А.В. Реабилитация больных как целостная система // Вестн. АМН СССР, 1977. - № 4. - С. 60-67
7. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
8. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Постникова Л.В. Качество жизни детей с отклонениями в психическом и речевом развитии // Психиатрия. - № 3, 2003. – С. 26-28
9. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии, 1997. - № 5. - С. 3-19
10. Брехман И.И. Введение в валеологию - науку о здоровье. - Л.: Наука, 1987, 124 с.
11. Бурковский Г.В. Способ количественной оценки параметров качества жизни психически больных // Интернет-ресурс. - http//www. findpatent.ru /patent/ 245/2452378. html

12. Валентик В.Ю. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом. - Дисс. докт. мед. наук. - М. - 1993. – 350 с.
13. Варга А.Я., Вроно Е.М., Ровенских И.Н. и др. Сотрудничество психолога и психиатра. Преимущества и риски совместного ведения случаев психологом и психиатром // Ж. Психотерапия. - №1. - 2004. - С. 34-44
14. Василенко И.В. Третичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией (клинико-социальный и организационно-экономический аспекты): автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2007. – 30 с.
15. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотер. журнал. – 1992. – № 1. – С.15-32.
16. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // Журн. обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева, 1995. - № 2. - С.73-79
17. Вахов В.П. Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 1. - С. 32-35
18. Ведрин Ж., Вебер Д. Можно ли оценить риск суицида? // Социальная и клиническая психиатрия, 1997. - № 3. - С.69-73
19. Виггинс О., Шварц М. Кризис современной психиатрии: потеря личности // Независимый психиатрический журнал. - том IV. - 1999. - С. 5-8
20. Винг Д. Оценка службы здравоохранения, занимающихся лечением больных шизофренией - эпидемиологический подход // Журнал невропатологии и психиатрии, 1975. - Т. 9. - С. 1300-1393
21. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 2. - С. 33-39
22. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса // Соч. в 6 томах. – М.: Педагогика, 1982-1983.
23. Ганчо В.Ю., Успенский Ю.П., Гриневич В.Б., Мехтиев С.Н., Козлова Х.Ю., Ляляева Т.В. Психосоматические особенности, качество жизни и клиническая эффективность флувоксамина (Феварина) у больных с синдромом раздраженного кишечника // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2002. – С. 76-78
24. Гебель В. Качество психиатрической помощи: Опыт Германии // Социальная и клиническая психиатрия, 1996. - № 1. - С. 37-41
25. Гирич Я.П., Поспелова Т.В. Мотивационный аспект структуры личности в наркологически ориентированных исследованиях. Вопросы первичной и вторичной профилактики хр. Алкоголизации // Сб. научн. статей. - Красноярск, 1984. - С.20-24
26. Голимбет В.Е., Воскресенская Н.И., Ляшенко Г.Л., Брусенцева Л.Н., Тазаки В.И., Трубников В.И. Оценка качества жизни людей, ухаживающих за родственниками с деменцией // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. – С. 43-48
27. Горинов В.В. Понятие психического здоровья и критерии судебно-психиатрических экспертных оценок // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 3. - С. 164-170
28. Громов С.А., Михайлов В.А., Вассерман Л.И., Лынник С.Д., Флерова И.Л. Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии. - № 6, 2002. – С. 4-8
29. Датлер В., Фельт У. Психотерапия – самостоятельная дисциплина? / В кн. Психотерапия новая наука о человека. – М.: Академический проект, 1999. – С.

58-90.
30. Дауд Т. Психологическое консультирование // Психологическая энциклопедия, 2-ое издание под ред. Р. Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 677-679
31. Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. – С. 39-41
32. Доклад: Presidents New Freedom Commission: «Выполнение обещаний: трансформация службы психического здоровья в Америке» // 2003
33. Дубов И.Г. Феномен менталитета: психологический анализ // Вопросы психологии, 1993. - № 5. - С. 20-29
34. Дубровина И.В. Практическая психология образования // - Питер. - 1997. - 592 с.
35. Дубровина И.В. Руководство практического психолога. - М.: Academia, 1995, 167 с.
36. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М., 1977, 168 с.
37. Жариков Н.М. Эпидемиологическое изучение психической заболеваемости // Журнал невропатологии и психиатрии, 1965. - № 4. - С. 617-624
38. Жариков Н.М., Левит Б.Г., Либерман Ю.И. О методике и некоторых результатах эпидемиологического исследования шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1968. - № 5. - С. 742-749
39. Ждан А.Н. К теоретическим проблемам общей психологии // Вопр. психол. – 2006. – № 6. – С. 137-142.
40. Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А. Феномен категории зрелости в психологии // «Институт психологии РАН» . - 2007. - С. 5-12
41. Завьялов В.Ю. Интегративная психотерапия в России // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2000. – Т. VII, № 4. – С. 23-30.
42. Залевский Г.В., Логунцова О.Н., Непомнящая В.А. Качество жизни как комплексная характеристика жизнедеятельности человека // Сибирский психологический журнал. - № 16-17, 2002. – С. 102-103
43. Запускалов С.В., Плотников Б.С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1991. - № 2. - С. 20-25
44. Капица С. История десяти миллиардов. – Интернет-ресурсы. – текст от 09.06.2012. – 7 с.
45. Каражанова А.С. Сравнительная эффективность комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами: автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. – Павлодар. – 34 с.
46. Карвасарский Б.Д. Психотерапия // Учебное пособие. – СПб., 2000. – 535 с.
47. Карстерс М. Эпидемиология шизофрении // Вест. АМН СССР, 1971. - № 5. - С. 26-30
48. Катков А. Л. Методология комплексного исследования психического и психологического здоровья населения: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006, 77 с.
49. Катков А.Л. Ассоциированная эпистемологическая платформа как идея научного обоснования модели объемной реальности [Электронный ресурс] // Международное Сообщество специалистов в сфере психического здоровья: психологов, психиатров, наркологов, психофармакологов, консультантов, психоаналитиков, психотерапевтов, педагогов, тренеров и социальных работников. – 2012. – Режим доступа: www.ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=626&t= 890&p=1172#p1172

50. Катков А.Л. Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования. – Павлодар, 2012. – 223 с.
51. Катков А.Л. Полимодальная экспресс-психотерапия // Профессиональная психотерапевтическая газета. – М., 2011. – № 11 (107). – С. 18.
52. Катков А.Л. Профилактика, лечение и реабилитация игровой зависимости: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 87 с.
53. Катков А.Л. Психологическое здоровье. Определение, функции, экономические и неэкономические эквиваленты в системе общественных ценностей // Вопросы ментальной медицины и экологии, 1998. - № 1. - С. 60-62
54. Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ: макротехнологические и метатехнологические подходы: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 50 с.
55. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Соотношение психического и психологического здоровья среди населения Республики Казахстан по данным эпидемиологического исследования 2001 года // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 10. – Специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии», 2004. – С. 90-111
56. Коблова А.А., Кромм И.Л., Новикова И. Ю. Медико - социологическое обоснование социального функционирования и качества жизни больных с психическими расстройствами // Фундаментальные исследования. - 2013. - №10-6. -С. 1381-1385
57. Кольцова В.А. Актуальные проблемы методологии современной отечественной психологической науки // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28, № 2. – С. 5-18.
58. Кондратьев Ф.В. Социо-культуральный фон в России конца XX века и его феноменологическое отражение в психопатологии // Социальная и клиническая психиатрия, 1994. - № 2. - С. 135-139
59. Красик Е.Д. К истории развития и правомерности эпидемиологического метода в психиатрии // Сб. научн. трудов Рязанского мед. Института, 1964. - Т. 20. - С. 218-225
60. Красик Е.Д. Клинико-эпидемиологический аспект охраны психического здоровья населения в Сибирском и Дальневосточном регионах // Акт. вопр. психиатрии. - Томск: Изд. Том. ун-та, 1983. - Вып. 1. - С. 37-38
61. Красик Е.Д. Сравнительная эпидемиологическая характеристика психических расстройств в Сибири и на Дальнем Востоке // Акт. вопр. психиатрии. - Томск, 1985. - Вып. 2. - С. 26-28
62. Красик Е.Д. Эпидемиологические исследования в программах охраны психического здоровья // Эпидемиолог. исследования в неврологии и психиатрии. - М., 1982. - С. 28-30
63. Кронфельд А. Психология в психиатрии // Независимый психиатрический журнал. - № 1. - 2002. - С. 7-12
64. Кронфельд А. Психология в психиатрии // Независимый психиатрический журнал. - № 2. - 2002. - С. 22-24
65. Кронфельд А. Психология в психиатрии // Независимый психиатрический журнал. - № 3. - 2002. - С. 25-33
66. Кукьет К. Большие данные преобразуют нашу жизнь // В разделе «Спасение в городах, эволюция видов, гибридное мышление» А. Константинова. - 2015. - интернет-ресурс. - https // e.mail.ru/message/14379027670000000427/?template = printmsg.tmpl
67. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии // Речь. - Спб, - 2002. _236с.
68. Кун Т. Структура научных революций. – БГК им. Бодуэна, 1998. – 297 с.

69. Лакатос И. Методология исследовательских программ // Пер. с англ. – М.: Издательство АСТ, 2003. – 380 с.
70. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1 / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – С. 56 – 65.
71. Лищук В.А. Для верных решений первых лиц // Медицинская газета. 2.06.1995. - № 41, 9 с.
72. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья (обзор). - М., 1994, 134 с.
73. Мазилов В.А. Методологические проблемы психологии в начале XXI века // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 23-34.
74. Макаров В.В. Психотерапия: наука, искусство, ремесло // Ж. Психотерапия. – 2013. – № 1. – С. 2-4.
75. Макаров В.В., Катков А.Л. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2009. – Т. XV, № 1. – С. 20-25.
76. Маршакова-Шайкевич И.В. Картографирование науки // В кн. Энциклопедия эпистемологии и философии науки. - М.: Канон. - 2009. - С.348-350
77. Методика эпидемиологических исследований психических заболеваний: Хроника ВОЗ, 1961. - Т. 15. - № 7. - С. 250-254
78. Московичи С. Век толп. - М.: Центр психологии и психотерапии. - 1996. – 421 с.
79. Немов Р.С. Психология. - М.: Просвещение, 1995, 555 с.
80. Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // Наркология. - № 7, 2005. – С. 53-63
81. Нургазина А.З. Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2006. – 28 с.
82. Ормел Й., Неелеман, Й., Виерсма Д. Детерминанты психического нездоровья: их учет в научных исследованиях и в политике в сфере психического здоровья // Журнал Социальная и клиническая психиатрия. - № 4. - 2003. - С. 97-105
83. Павлов В.А., Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Депрессии, качество жизни в болезни и ремиссии, аутоагрессивность // Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии «Психическое здоровье и безопасность в обществе», Москва, 2-3 декабря 2004 года. – С. 90-91
84. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2004. – 28 с.
85. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии // 5 издание. – СПб.: Питер, 2003. – 543 с.
86. Пашковский В.У., Дехерт В.А. Качество жизни больных с эндогенными психозами (обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. - № 1, 2000. – С. 28-31
87. Перре М., Бауман У. Клиническая психология, 2-ое международное издание. – Питер. - 2002. - 1311 с.
88. Петраков Б.Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. - М.: Медицина, 1972, 300 с.
89. Петраков Б.Д., Петракова Л.Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке // Медицина и здравоохранение. Серия: социальная гигиена и организация здравоохранения. - М., 1988, 69 с.
90. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. Словарь. - М.: Политиздат, 1990, 301 с.
91. Покровский В.Н. Предисловие к монографии "Основы здоровья" (обзор). - М.,

1994. - С. 3-5
92. Положий Б.С. Психическое здоровье как отражение социального здоровья общества // Обозр. психиатр и мед. психол. им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 4. - С. 6-11
93. Притц А., Тойфельхарт Х. Психотерапия – наука о субъективном // В кн. Психотерапия: Новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 10-30.
94. Прохазка Дж., ДиКлементе К., Норкросс Дж. Психология позитивных изменений. – М., 2013. – 306 с.
95. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии // 6-е международное издание. – М.: «Олма-пресс», 2005. – 383 с.
96. Прохоров А.О. Неравновесные психические состояния и их характеристики в учебной и педагогической деятельности // Вопросы психологии, 1996. - № 4. - С. 32-43
97. Работкин О.С., Палатов С.Ю., Малышева Л.Е. Социально-стрессовые факторы и качество жизни 15-18-летних юношей // Наркология. – М. - № 9, 2004. – С. 29-31
98. Резолюция 5-го Международного Санкт-Петербургского научно-практического конгресса психотерапевтов, психологов-консультантов и практических психологов «Психология и психотерапия в эпоху глобальных вызовов» , 2015
99. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты): автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. – Томск, 2005. – 37 с.
100. Ротштейн В.Г., Морозова В.П., Богдан А.Н. и соавт. Объективные факторы выявляемости психически больных. Эпидемиология эндогенных психозов и проблема реабилитации психически больных. - М., 1985. - С. 13-21
101. Румянцева Г.М., Левина Г.М., Грушков А.В., Лебедева М.О., Марголина В.Я., Мельничук Т.М., Пегатова А.Е., Нуллер Ю.Л. Психическое здоровье населения некоторых регионов России // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1995. - № 2. - С.54-73
102. Сарториус Н. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. - № 1. – С. 4-8
103. Сахаров Е.А. Возрастные психологические кризисы как донозологические формы пограничных психических расстройств у детей и подростков // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 2. - С. 44-46
104. Семичов С.Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Л., 1982, 68 с.
105. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987, 184 с.
106. Семке В. Я. Основы персонологии // Академический проект. - 2000. - 456с.
107. Семке В.Я. Психическое здоровье и общество // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - № 1. - С. 5-7
108. Сидоров П.И., Загонникова Е.В., Соловьев, А.Г. Возможности взаимодействия психологов, психиатров, и церкви в решении проблем психического здоровья населения (на примере Республики Польши) // Независимый психиатрический журнал. - том IV. - 1998. - С.49-51
109. Сидоров П.И., Якушев И.Б. От классической психиатрии к ментальной медицине: эволюционный тренд или тень от иллюзий? // Российский психиатрический журнал. - №4. - 2009. - С. 73-79
110. Сидоров П.И., Якушев И.Б. Эволюция парадигмы ментальной медицины // Ж. Социальная и клиническая психиатрия. - том 19. - №3. - С.66-73
111. Сиренко О.И., Терентьева А.В., Рожнов А.А., Стекачев К.Д., Лучкова М.Б.

Уровень нервно-психического развития детей младшего возраста и возможность их адаптации в организованном коллективе // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1993. - Т. 93. - № 5. - С. 64-65
112. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1993. - № 1. - С. 53-60
113. Скорик А.И., Никиташина И.Н. Краткий опросник для диагностики нарушений психической адаптации (НПА) // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1993. - № 2. - С.89-91
114. Соколова Е.Е. Нетерпимость толерантных (еще раз о монизме, плюрализме и дискуссиях о методологических ориентациях психологии) // Ж. Вопросы психологии. – 2008. – № 3. – С. 138-145.
115. Соловьев А.Г., Сидоров П.И., Кирпич И.А. Оценка качества жизни больных хронически алкоголизмом // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. – М. - № 3, 2000. – С. 37-41
116. Солохина Т.А., Шевченко А.С., Сейку Ю.В., Рытик Э.Г., Беседина А.В., Вещугина Т.С. Качество жизни родственников психически больных // Журнал неврологии и психиатрии. - № 6, 1998. – С. 42-45
117. Стремгрен Э. Эпидемиологические проблемы шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии, 1975. - Т. 75. - Вып. 9. - С. 1386-1390
118. Сухарев А.В. Этнофункциональный подход к проблемам психопрофилактики и воспитания // Вопросы психологии, 1997. - № 4. - С. 81-92
119. Титова В.В. Исследования эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – СПб., 2004. – 31 с.
120. Торохтий В.С. Психологическое здоровье семьи и пути его изучения // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 1996. - № 3. - С. 36-44
121. Тукаев Р.Д. Исследования нейрогенеза взрослого мозга: психиатрические и психотерапевтические аспекты // Ж. Психотерапия. - №12. - 2007. - С. 3-7
122. Тукаев Р.Д. Феномен нейрогенеза взрослого мозга в экспериментальных и клинических исследованиях; аспекты этиопатогенеза психических расстройств, психофармакотерапии и психотерапии // Ж. Социальная и клиническая психиатрия. - №2. - 2008.- С. 96-103
123. Уайт Р. Цит. по «Психологическая энциклопедия», 2-ое издание, под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 1093
124. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции, 4-ое издание // «Академия». - 2001. - 203 с.
125. Цунг-И Лин., Стендли К.К. Роль эпидемиологии в психиатрии: Тетради общественного здравоохранения. - № 16. - Женева: ВОЗ, 1962
126. Цыганков Б.Д., Туманов Н.А. Сравнительный анализ уровня качества жизни и клинической картины у лиц с легкой степенью умственной отсталости при различных формах обучения // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2004. – С. 23-26
127. Чуркин А.А. Динамика показателей учтенной заболеваемости пограничными психическими расстройствами / Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии // Тез. докладов Всесоюз. конф. - М., 1990. - С. 144-146
128. Чуркин А.А., Демчева Н.К. Качество жизни и социальное функционирование в психиатрической теории и практике // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 109-117
129. Шапиро-мл. Д. Психологическое здоровье // Психологическая энциклопедия, 2-

ое издание под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 674-676
130. Шварц М., Виггинс О. Кризис современной психиатрии: обретение личности // Независимый психиатрический журнал. - том IV. - 1999. - С. 9-15
131. Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр., 1983. - № 5. - С. 707-711
132. Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. – С. 49-52
133. Шюлер П. О кооперации психиатров и психологов в Германии // Сибирский психологический журнал. - № 14-15. - С. 99-100
134. Юревич А.В. Естественнонаучная и гуманитарная парадигмы в психологии, или Раскачанный маятник // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 147-151.
135. Юревич А.В. Методологический либерализм в психологии // Вопросы психологии. – 2001. – № 5. – С. 3-17.
136. Юревич А.В. Перспективы парадигмального синтеза // Вопросы психологии. – 2008. – № 1. – С. 3-15.
137. Юревич А.В. Предисловие: Социальные и когнитивные источники парадокса // Образ российской психологии в регионах страны и в мире: Материалы форума. – М.: ИП РАН, 2006. – С. 11-12; 45-49.
138. Юревич А.В. Системный кризис психологии // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. – С. 3-12.
139. Acirnerno R., Ruggiero K.J., Kilpatrick D.G., et al. Risk and protective factors for psychopathology among older versus younger adults after the 2004 Florida hurricanes // The American Journal of Geriatric Psychiatry. -2006. -14(12). - P. 1051-1059
140. Alvin P. Biological psychiatry: science or pseudoscience? // Pseudoscience in Biological Psychiatry: Blaming the Body / Colin Ross and Alvin Pam. NY: Wley& Sons, 1995. -P. 7-84
141. Angermeyer M.C., Schomerus G. Концепция стигмы в модели «recavery» // J. World Psychiatry. - 11:3. - 2012. - P. 164-165
142. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice in Psychology // J. American Psychologist. - May-June. - 2006. - P271-285
143. Bandura A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change // Psychological Review, 1977. – N 84. – P. 191-215
144. Bandura A. Social foundations of thought and action / Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986, 221 p.
145. Barlow D. Anxiety and its disorders. – New York: Guilford Press. 1988. – P. 316
146. Bastine R. Klinische Psychologie, 1984 (Bd. 1). – Stuttgart: Kohehammer, 445 s.
147. Bateson G. Steps toward an ecology of mind. – New York: Ballantine Books, 1972, 331 p.
148. Becker P. Seelische Gesundheit und Verhaltens Kontrolle, 1995. - Göttingen: Hogrefe, 210 s.
149. Bellack A.S., Drapalski A. Проблемы и пути развития концепции восстановления (recavery) с точки зрения потребителя медицинской помощи // J. World Psychiatry. - 11:3. - 2012. - P. 156-160
150. Bolton D. Следует ли рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга? Научные взгляды XXI века и их значений для исследовательской и образовательной деятельности // J. World Psychiatry. - 12:1. - 2013. - P. 21-22
151. Bower G. Affect and cognition // Philosophical transactions of the Royal Society of

London, 1983. – N 302. – P. 387-402
152. Bradburn N.M. The structure of psychological wee-being // Chicago, Aldine, 1969, 77 p.
153. Brandtstädter J. Kern und Leitbegriffe psychologisher Prävention // Psychologishe Prävention. – Bern: Huber, 1982. – S. 217-307
154. Brune M., Belsky H., Fabrega, H., et al. // J. World Psychiatry. - 11:1. - 2012. - P. 59-61
155. Bullinger M. Indices versus profiles – advantages and disadvantages. In Quality of life assessment: Key issues in the 1990-s Edited by Walker S.R., Roser R.M. – Dordrecht, Kluwer Academic Publichers, 1993. – P. 209-220
156. Buston K., Parry-Jones W., Livinston M. et al. Качественные исследования // Ж. Обзор современной психиатрии. -1998. - №2. - С. 83-85
157. Connor K.M., Davidson J.R.T. Development of a new scale; The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) // Depression and Anxiety. - 2003. - 18. - P. 76-82
158. Costello E.J., Andold A. Scales to assess child and adolescent depression: Checklists screens, and nets // J. Amer. Acad. Chied Adolest. Psychiatr., 1988. – Vol. 27. - № 6. - P 726-737
159. Crits-Christoph The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis // The American Journal of Psychiatry, 1992. – N 49. – P. 151-158
160. Dein S.L. Религия и психическое здоровье: вклад антрополога // J. World Psychiatry. - 12:1. - 2013. - P. 31-32
161. Dell R. Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence // Family Progress, 1982. – N 21
162. Dohrenwend B.P., Dohrenwend B.S., Schwarts Gould M, Link B., et al. Mental ilness in the United States // Epidemiological estimates. – New York: Prages, 1980, 330 p.
163. Doubl D. Limits of psychiatry // British Medical Jornal. - 2002. - V. 324/ - P. 900-934
164. Dupni H. The psychological General Well-being Index. In Assessment of quality of life in clinical trades of cardiovascular therapies // Edited by Wender N. – New York: Le Jacq, 1984. – P. 170-183
165. Elkinton Y. Medicine and the quality of life // Annals of Internal Medicine, 1966. – N 64. – P. 711-714
166. Ellis A. The basic clinical theory of Rational-Emotive Therapy. In A. Ellis, R. Grieger (Eds.) // Handbook of Rational-Emotive Therapy. – New York: Springer, 1977, 288 p.
167. Emmelkamp R. Behavior therapy with adults. In A. Bergin, S. Garfield (Eds.) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 68-74
168. Ericson E. Identity, youth and crisis. – New York, 1965. – 361 p.
169. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. Manuel de psychiatrie. Paris, 1967. - P. 943-2000
170. Fillenbaum G. Assessment of health and functional status: an international comparison // In: Improving the health of the people: A world view. – Oxford, 1990. - P. 69-90
171. Fiorino A., Lukiano M., Del Vecchio V. Приоритетные направления исследования в области психического здоровья в Европе: опрос среди национальных ассоциаций заинтересованных кругов в рамках проекта POAMER // J. World Psychiatry. - 12:2. - 2013. - P. 158-163
172. Flaherty J.A., Gaviria F.M., Pathak D., Mitchell T., Wintrob R., Richman J.A., Bizz S. Developing instruments for cross-cultural psychiatrie research. // J. Nerv. Ment. Dis., 1988. – Vol. 176. - № 5. - P. 257-263
173. Flanagan B., Goldiamond I., Azrin N.M. Instatement of stuttering in normally fluent individuals thought operant procedures // Science, 1989. – N 630. – P. 979-981
174. Ford J.M., Peres V.B., Mathalon D.H. Нейрофизиологические аспекты

предполагаемого фундаментального дефицита при шизофрении // J. World Psychiatry. - 11:1. - 2012. - P. 62-64
175. Forgas J. Mood and judgment: The affect infusion model // Psychological Bulletin, 1995. – N 117. – P. 39-66
176. Frank J.D. Therapeutic components of psychotherapy F 25 years progress report of research // The Journal of Nervous and Mental Disease, 1974. – N 159. – P. 325-342
177. Frank J.D., Frank J. Persnasion and bealing (3rd ed.). – Baltimore: Johas Hopkins University Press, 1991. – 196 p.
178. Frankl V. Man's search for meaning. – New York, 1963. – 281 p.
179. Furth H.G. Knowledge as desire: An essay on Freud and Piaget. – New York: Columbia University Press. Garfield S. Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J.Norcross, M.R.Goldfried (Eds.) // Handbook of psychotherapy integration. – New York: Basic Books, 1992. – P. 169-201
180. Garfield S.L. Major issues in psychotherapy research. In D.K.Freedheim (Ed) // History of psychotherapy: A century of change. – Washington, DC: American Psychological Association, 1992. – P. 276
181. Garfield S.L., Bergin A.E. Hand-book of psychotherapy and behavior change (4th ed.). – New York: Wiley, 1993. – 387 p.
182. Ghawla N., Ostafin B. Experiental avoidans as a functional dimentional approach to psychopatology: an empirical review // J. Clin. Psychol. - 2007. - № 63(3). - P. 871-890
183. Gilleard E. A cross-cultural investigation of Foulds' Hierarchy Model of psychiatric illness // Brit. j. psych., 1983. - Vol. 142. - P. 518-523
184. Goff D.C. Перспективы лечения когнитивного дефицита и негативной симтоматики шизофрении // J. World Psychiatry. - 12:2. - 2013. - P. 95-102
185. Goldberg C. On being a psychotherapist. – New York: Gardner, 1986, 212 p.
186. Goncalves O.E., Ivey A.E. The effects of unconscious presentation of information on therapist conceptualizations, interventions and responses // Journal of Clinical Psychology, 1987. N 43. – P. 237-245
187. Grawe K. Research – informed psychotherapy // Psychotherapy Research, 7, 1. – 1997. – P. 1-19.
188. Greenberg L., Elliot R., Lietaer G. Research on humanistic and experiential psychotherapies. In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds.) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 405
189. Greene R.R. Resiliency: An integrated approach to practice, policy, and research// NASW Press/ -Washington. - 2002
190. Guidano V. Complexity of the self. – New York: Guilford Press, 1987. – P. 255
191. Häfner H. The concept of mental illness // Developments, 1989. – N 2. – P. 159-170
192. Harrison T. Stuifbergen A. Life purpose: Efect on fanctional decline and quality of the life in polio survivors // Rehabilitation Nursing. - 2006. - 31(4). - P. 149-154
193. Hayek F.A. New studies in philosophy, politics, economics, and the history of ideas. – Chicago: University of Chicago Press, 1978. – P. 185
194. Hayes S.C., Luoma J. W., Bond F.W., Masuda A., Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes // Behav. Res. Ther. - 2006. - № 44(1). - P. 15-19
195. Heisel M. J. Suicide and its prevention among older adults // Canadian Journal of Psychiatry. - 2006. - 5193). - P. 143-154
196. Hinterhuber H., Barvas C. Moglichkeiten und Ziele der naturwissenschaftlichen Psychiatrie // Therapeut. Umschau, 1996, Bd. 53. – N 3. – S. 192-197
197. Hodiament P., Peer N., Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area // Psychol. Med., 1987. – Vol. 17. - № 7. - P. 495-505
198. Hollon S., Beck A.T. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. Bergin, S.

Garfield (Eds.) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 428-466
199. Hugueltt P., Mandhouj O. Оценка духовности пациента как часть стандартного психического обследования: проблемы и следствия //J. World Psychiatry. - 12:1. - 2013. - P. 32-33
200. Hunt S.M. The problem of quality of life // Qual. Life Res., 1997. – N 6. – P. 205-212
201. IQOLA SF-36 Russia Standart Version 1.0
202. Jablensky A., Hugler H. Moglichkeiten und Grensen psychiatrischer epidemiologischer Suurveys fur geographich dofinierte populationen in Europa // Fortschr. Neurol. Psychiatr., 1982. - Vol. 50. - № 7. - P.215-238
203. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. – New York, 1958 // Basic Books, 321 p.
204. James W. Absolution and empiricism // Mind, 1984. – 281-286
205. Jensen P.S., Xenakis S.N., Davis H., Degroot J. Child psychopathology rating scales and interater agreement 11. Child. And characteristics // J. Amer. Child. Adolest. Psychiatr., 1988. – Vol. 27. - № 4. - P. 451-461
206. 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. - vol. 40. - 2014. - P. 96-107
207. Kandel E.R. Новая концептуальная база для психиатрии // Ж. Обзор современной психиатрии. - №3. - 1999. - С. 15-27
208. Kaplan R., Bush Y., Berry C. Health status: types of validity and the index of well-being // Health Serv. Res., 1976. – N 11. – P. 478-507
209. Karon B., Widener J. Psychodynamic therapies in historical perspective. In B. Bongar, L. Beutler (Eds.) // Comprehensive textbook of psychotherapy / Oxford University Press, 1995. – P. 387
210. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Current Opinion in Psychiatry, 1997. – N 10. – P. 337-345
211. Kegan R. The evolving self: Problem and progress in human development. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982, 239 p.
212. Kennedy R., Craighead E. Recall of positive and negative feedback by depressed and non-depressed anxious University students // Unpublished manuscript, Pennsylvania State University, 1982. – P. 314
213. Kennet K., Pargament I., Lomax J.W. Понимание религии и обращение к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями // J. World Psychiatry. - 12:1. - 2013. - P. 22-29
214. Kernberg O. An ego psychology object relations theory of the structure of the pathologic narcissism: An overview // Psychiatric Clinics of North America, 1989. – N 12. – 723-729
215. Kihlstrom J.F. On personality and memory. In N. Cantor, J.F. Kihlstrom (Eds.), Personality, cognition and social interaction. – Princeton N.J. – Princeton University Press, 1981. – P. 263
216. Kinsel B. Resilience and adaptation in older women // Journal of Women & Aging. - 2005. - 1793). - P. 23-39
217. Kohut H. The analysis of the self. – New York: International University Press, 1971. – P. 181
218. Koshdan T.V., Barrios V., Forsyth J.P., Steger M.F. Experiental avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies // Behav. Modif. - 2010. - vol. 34(6). - P. 1301-1320
219. Kramer M. Probleme in psychiatric epidemiology. Proc. Roy. soc. med., 1976. - Vol. 63. - P. 553-562
220. Lemkau P.V. The epidemiological study of mental illness and mental health // Amer.

j. psychiat., 1955. - Vol.3. - P. 801-809
221. Lenger N. Resiliency and spirituality: Foundation of strengths perspective counseling with the elderly // Educational Gerontology. - 2004. - 30. - P. 611-617
222. Liberman R. Обновление концепции «recavery» при шизофрении: формальные показатели улучшаются вслед за функционированием //J. World Psychiatry. - 11:3. - 2012. - P. 161-162
223. Loranger A.W. et al. The WHOADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders: background and purpose // Journal of personality disorders, 1991. - № 5. – P. 296-306
224. Lorr M., Klett C.J. Cross-cultural comparison of psychotic syndromes // J. abnormal Psychol., 1969. - V. 74. - P. 531-543
225. Lubin B., Zuckerman M., Breytspraak L.M., Bull N.C., Gumbhir A.K., Rinck Ch.M. Affects, demographic variables, and health // J. Clin. Psychol., 1988. – Vol. 44. - №.- P. 131-141
226. Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work // Child Development. - 2000. - 71. - P. 543-562
227. MacMahon B., Pugh T.F. Epidemiology. Principles and Methods. Boston, 1970
228. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. - 1994. - Oct. - Vol. 63. - N 2. - P. 265 - 274.
229. Mahoney M. Human change progresses. - New York // Basic Books, 1991, 314 p.
230. Maj M. Концепция «Я» и шизофрения: некоторые открытые вопросы // J. World Psychiatry. - 11:1. - 2012. - P. 65-66
231. Maj M. Психические расстройства как «болезни мозга» и наследие Ясперса //J. World Psychiatry. - 12:1. - 2013. - P. 1-2
232. Maj M. Эволюция терапевтических мишеней в психиатрии: от «безумия» к «проблемам с психическим здоровьем» // J. World Psychiatry. - 12:1. - 2013. - P. 137-138
233. Maslow A. Higer and lower needs // J. of Psychology. – 1948. – V. 25. – P. 433-436.
234. Maslow A.H. A theory of human motivation // Psychological Review, 1943. – N 50. – P. 26-41
235. Mechanic D. The challenge of chronic mental illness: a retrospective and prospective view // Hosp. Commun. Psychiat., 1986. – Vol. 37. - № 9. - P. 891-896
236. Melle I. Дело Брейвика и уроки, которые могут извлечь из него психиатры //J. World Psychiatry. - 12:1. - 2013. - P. 14-18
237. Meninger K. The human mind. – New York, 1946
238. Mishara A.L., Schwartz M.A. Психопатология в свете новых направлений в философии сознания, нейропсихиатрии и феноменологии // Ж. Обзор современной психиатрии. - №2. - 1999. - С. 4-10
239. Neki K., Chai O.P. Parental attitudes and behavioral pathology in children: A cross-cultural study // Ind. psych. Socc, XXX Ann. Conf. New Dehl. 1, 1978. - P. 49
240. Ost L., Hughdall X. Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients // Behavior Research and Therapy, 1995. – N 19. – P. 439-447
241. Parkinson L., Rachman R. Are intrusive troughs subject to habituation? // Behavior Research and Therapy, 1980. – N 18. – P. 409-418
242. Parnas J. Случай Брейвика и «conditio psychiatrica» // J. World Psychiatry. - 12:1. - 2013. - P. 19-20
243. Parsons T. Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In A. Mitscherlich, T. Brocher, O. von Mering // Der Kranke in der modernen Gesellshaft. - Köln, 1967. – S. 57-87
244. Price D. de Solla Foreword. Essaus of an information scientists // Philadelphia. - 1980. - Vol. 3. - P. 5-9

245. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // American Psychologist. – 1992. – P. 1102-1114.
246. Reid S. Бабочки, фракталии и психиатрия // Ж. Обзор современной психиатрии. - №№. - 1999. - С. 4-6
247. Robins L.M., Wing J., Wittehen H.U., Helzer J.E., Babor Th.F., Burke J., Farmer A., Jablenski A., Pickens R., Regier D.A., Sartorius M., Towle L.H. The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures / Arch. gener. Psychiatry, 1988. – Vol. 46. - № 12. - P. 1069-1077
248. Rogers C.R. Client-centered therapy. – Boston: Houghton Mifflin, 1951
249. Rotter J.B. Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable // American Psychologist. – 1990. – V. 45. – P. 489-493.
250. Rutter M. Resilience, competence, and coping // Child Abuse & Neglect. - 2007. - 31. - P. 205-209
251. Sanderson W., Barlow D.H. J. nerv. ment. Dis., 1990. - Vol. 178. – N 9. - P. 588-591
252. Sartorius N. The Epidemiological Appreach to psychiatric disorders. Acta paedo-psychiat., 1972. - Vol. 38. - № 10/12. - P. 335-349
253. Schorr A. Gesundheit und Krankheit: Zwei Begriffe mit getrenntes Historie? In R. Luts, N. Mark: Wie gesund sind Kranke?, 1995. - Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie. – S. 53-69
254. Shedler J., Mayman M., Manis M. The illusion of mental health // Am. Psychol., 1993. – Vol. 48. - № 11. - P. 1117-1131
255. Shepherd M. Epidemiology and clinical psychiatry // Brit. J. Psychiat., 1978. - V. 133. - P. 289-298
256. Shepherd M. The epidemiological approach to psychotropic medication: I. Royal. Soc. Med., 1982. - V. 75. - № 4. - P. 226-226
257. Silberman I. Religionas a meaning system: Implication for the new millenium // Journal of Social Issues. - 2005. - 61(4). - P. 641-663
258. Silvtrstein S.M., Bellack A.S. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schisophrenia. Clin. Psychol. Rev./ - 2008/ - P. 1108-11024
259. Skinner B.F. Science and human behavior. – New York, 1953, 193 p.
260. Slade M. Исследование «recavery»: эмпирические данные из Англии //J. World Psychiatry. - 11:3. - 2012. - P. 162-163
261. Smith O.R. et al. Antisocial personality disorder in primary care patients with somatization disorder // Comprehensive psychiatry, 1991. - № 32. – P. 367-372
262. Spence D. Narrative truth and historical truth: Meaning and retation in psychoanalysis. – New York: Norton, 1984. – P.656
263. Svartberg M., Stiles T.C. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991. – N 59. – P. 704-714
264. Swendsen J., Salamon R. Мобильные технологии в психиатрии: открытие новых перспектив от биологии до культуры // J. World Psychiatry. - 11:3. - 2012. - P. 195-197
265. Tugade M.M., Fredricson B.L. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences // Journal of Personality and Social Psychology. - 2004. - 86(2). - P. 320-333
266. van Praag H.M. Религиозность, качество личности, с которым стоит считаться в психиатрии // J. World Psychiatry. - 12:1. - 2013. - P. 30-31
267. Veit C., Ware J.J. The structure of psychological distress and ill-being in general population // J. Consul. Clin. Psychol., 1983. - № 51. - P.730-742
268. Voruganti L.N., Heslegrave R.J., Awad A.G. Quality of life measurement during antipsychotic drug therapy of schizophrenia // Journal Psychiatry and Neuroscience,

1997. – Vol. 22. – N 4. – P. 267-274
269. Ware J.E. Standards for validating health measures. Definition and content // J. Chron. Dis. - 1987. – Vol. 40. - № 6. - P. 473-480
270. Wing J.K. et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry // Archives of general psychiatry, 1990. - № 47. – P. 589-593
271. Wolfe B.E. Self pathology and psychotherapy integration // Journal of the Psychotherapy Integration, 1995. – N 5. – P. 293-312
272. yan Os J., Delespaul P., Wigman J., et el. За пределами DSM и МКБ: введение в психиатрию «точного диагноза» путем использования технологии моментальной оценки // J. World Psychiatry. - 12:2. - 2013. - P. 107-110