

Социальные эпидемии: новые концептуальные и организационные подходы в сфере эффективного противодействия (окончание)*

КАТКОВ А.Л.

д.м.н., профессор, главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий
РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», Казахстан
e-mail: vesta.anna@mail.ru

Подводятся итоги многолетней исследовательской программы по всему комплексу вопросов, связанных с темой социальных эпидемий. Подробно описывается методология сложного исследовательского процесса. Приводятся основные теоретические и практические результаты. Обосновываются новые доктринальные и институциональные подходы в сфере противодействующей социальной активности.
Ключевые слова: социальные эпидемии, противодействие, эффективность

3.5. Универсальный алгоритм и общая методология формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии

Идентификация универсального алгоритма формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, разработка общей методологии данного важнейшего процесса проводилась на первом-втором этапах в рамках выполнения задачи 3 комплексного исследовательского проекта. При этом учитывались результаты изучения сравнительной эффективности инновационных и традиционных технологий — профилактических, лечебных, реабилитационных — в соответствующих исследуемых, контрольных группах и группах сравнения.

3.5.1. Интерпретация полученных данных, проводимая на основе статистико-математического анализа, позволила уточнить специфику и определить следующий порядок прохождения этапов формирования высоких уровней устойчивости, характерный для всех исследуемых типов социальных эпидемий:

- фаза полноценного развития первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к агрессивному влиянию среды; акцентированная проработка конструктивного жизненного сценария как основного «проекта» достижения значимых личностных целей и ценностей;
- фаза полноценного усвоения субъектом информации о неизбежном вреде и тотальном проигрыше, связанных с приобщением к патологическим адаптогенам быстрого действия (потреблению психоактивных веществ, практике манипулятивных технологий и др.), именно по отношению к конструктивным жизненным сценариям;

- фаза реального конфликта основного жизненного сценария с дивидендами конкурирующего сценария — употребления патологических адаптогенов быстрого действия, — в ходе чего дезавуируются внешне привлекательные характеристики суррогатного удовлетворения ресурсных потребностей субъекта;

- фаза нейтрализации деструктивных (по отношению к основному жизненному проекту) сценариев использования патологических адаптогенов быстрого действия, с полной редукцией или установлением ответственного контроля в сфере мотивации к реализации данных сценариев;

- фаза реализации позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, асертивные способы реагирования, совладающие копинги) с агрессивной средой, в ходе чего редуцируются остаточные уровни мотивации к реализации деструктивных сценариев патологической адаптации субъекта.

Каждый из вышеперечисленных этапов имеет свои отличительные характеристики, диагностика которых даёт возможность определить, в какой именно фазе находится субъект и с какой степенью успешности он проходит настоящую и предшествующие фазы формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

3.5.1.1. Далее нами были идентифицированы следующие основные варианты прохождения вышеописанного цикла, а также условия их реализации:

- нормативно-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Данный вариант реализуется при условии конструктивного прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, предусматривающего

* Начало публикации см. Наркология. — 2012. — № 9—10.

наличие гармоничных семейных отношений и адекватных стратегий развития, используемых по отношению к субъекту в продолжение первых 15—17 лет его жизни. При таком варианте развития событий фаза конфликта основного жизненного сценария с дивидендами употребления патологических адаптогенов быстрого действия может быть редуцирована в силу неактуальности ресурсного запроса. То есть субъект,двигающийся по конструктивному сценарию прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, обладает свойством ресурсной достаточности (5-е свойство в системе идентифицированных факторов риска-устойчивости). Соответственно, борьбы мотивов, характерной для третьей фазы универсального цикла формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, не возникает. Для такого субъекта хватает полноценного усвоения адресной, негативной (по отношению к основному жизненному сценарию) информации о патогенных свойствах быстрых адаптогенов, вследствие чего такого рода сценарий надежно исключается из осознаваемых и неосознаваемых жизненных горизонтов;

- форсировано-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости. Данный вариант специфичен для контингента лиц с деструктивным сценарием прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, высокими рисками и признаками актуализации ресурсного запроса и, соответственно, высокой вероятностью вовлечения в социальные эпидемии. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных превентивных технологий, предусматривающих, во-первых, надежную идентификацию групп высокого риска по профилю вовлечения в социальные эпидемии, а во-вторых — эффективную технологическую проработку каждой фазы универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды. В результате чего искажения нормативного развития субъекта, дефициты свойств психологического здоровья-устойчивости должны быть компенсированы, а поисковое поведение, направленное на удовлетворение ресурсного запроса за счёт использования патологических адаптогенов, — эффективно скорректировано;

- лечебно-реабилитационный вариант формирования высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в социальные эпидемии. Данный вариант специфичен для контингента лиц с химической, деструктивной психологической зависимостью, проходящих курсы лечения и реабилитации в специализированных учреждениях. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных консультативных, тренинговых, психотерапевтических, реабилитационных технологий, предусматрива-

ющих глубинную проработку каждого этапа универсального цикла. Успешность продвижения по всем обозначенным фазам цикла связана с точной идентификацией мишеней, специфических для используемого подхода, адекватностью и эффективностью разработанных технологий. Для рассматриваемого третьего варианта характерны выраженная борьба мотивов в фазе конфликта (3-й этап универсального цикла) и достаточная продолжительность — до нескольких месяцев — фазы нейтрализации деструктивных сценариев повторного использования патологических адаптогенов (4-й этап универсального цикла).

3.5.1.2. Универсальными мишенями соответствующих профилактических и лечебно-реабилитационных технологий, выводимыми из общего содержания разрабатываемого нами подхода (в частности, из универсального для всех рассматриваемых типов социальных эпидемий алгоритма формирования высоких уровней устойчивости), являются следующие полярные и наиболее значимые характеристики сферы психологического здоровья субъекта:

- дефицитарный — нормативный личностные статусы (при этом должна быть определена степень дефицита каждого из идентифицируемых личностных свойств, обеспечивающих 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 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:

- 1) низкий уровень самооценки;
- 2) чувство безнадежности и беспомощности;
- 3) чувство страха;
- 4) уныние;

- 5) тревога;
- 6) спутанность мышления;
- 7) психофизиологические симптомы, воспринимаемые как признаки нарушения здоровья;

- должна быть обеспечена редукция данных психопатологических проявлений за счёт формирования у субъекта первичного и далее — устойчивого ресурсного состояния, характеризующегося высокими уровнями адаптации);

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

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

Вышеприведённая схема дополняет перечень традиционных мишеней, используемых в работе с зависимыми состояниями и выводимых из классики биопсихосоциального подхода (синдром зависимости с выделением самостоятельного синдрома патологического влечения; патологический психический статус с такими типичными проявлениями, как депрессивный, тревожно-депрессивный, неврозоподобный, диссомнический, психовегетативный и другие синдромы; патологический личностный статус с такими типичными проявлениями, как лживость, некритичность, анозогнозия; патологический социальный статус с прогрессирующим разрушением и утратой значимых связей и достижений; патологический

соматический статус — проявления острой и хронической интоксикации, коморбидной патологии, — данная мишень является одной из основных в лечении химически зависимых лиц).

Вместе с тем, проведённые нами исследования позволяют утверждать, что мишени, выводимые из универсального алгоритма формирования высоких уровней психологического здоровья-устойчивости, являются первичными, патогенетически обусловленными (т.е. отвечающими сущностным характеристикам сложной динамики формирования зависимых состояний) и, безусловно, приоритетными в общей конструкции мишеней, используемых в соответствующих профилактических и лечебно-реабилитационных технологиях.

Так, например, в специальной серии исследовательских фрагментов [1, 46, 52, 53] было показано, что сложность терапевтической работы с зависимыми лицами и более чем «скромные» результаты такого рода деятельности связаны, в первую очередь, с тем обстоятельством, что личностные свойства, обеспечивающие устойчивость субъекта к агрессивному влиянию среды (подробное описание см. в п. 3.1.4.1) атакуются с двух сторон — с позиции деструктивного сценария прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, а также с позиции непосредственного деструктивного воздействия психоактивного вещества, либо соответствующей манипулятивной психотехнологии. То есть исходные дефициты наиболее значимых характеристик психологического здоровья-устойчивости усугубляются ещё и отчётливым и адресным вредоносным воздействием патологических адаптогенов быстрого действия, что является крайне неблагоприятной, в смысле общих перспектив терапевтического воздействия, комбинацией. Было показано, что такого рода привнесённые дефициты — достаточно «тонкие» негативные психопатологические расстройства интегративных функций психики, выявляемые лишь с использованием специальных диагностических методов, — формируются уже после первых проб наркотиков, первых месяцев регулярного употребления алкоголя, первых недель вовлечения в практику манипулятивного психотехнического воздействия. И что основные проявления данной ажурной, не связанной с грубыми расстройствами памяти, интеллекта, эмоциональной сферы, негативной симптоматики, препятствуют сложным интегративным процессам формирования:

- личностной зрелости с возможностью конструктивной переработки и консолидации жизненного опыта;
- конструктивного жизненного сценария с возможностями долговременного прогнозирования и целеполагания, активного использования и развития

психологических ресурсов, выстраивания адекватной жизненной метапозиции;

- устойчивой мотивации к достижению целей конструктивного жизненного сценария — как одной из главных характеристик устойчивого ресурсного состояния и составляющих важнейшей интегративной функции психологической активности субъекта, обозначаемой как «воля»;

- адекватных представлений о характере и особенностях патологических проявлений химической и деструктивной психологической зависимости (что выражается, в частности, в феномене анозогнозии), конструктивных сценариях перехода из состояния патологической зависимости к состоянию здоровья-свободы, понимаемому как обретение высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в патологическую зависимость.

В следующей серии исследовательских фрагментов было убедительно продемонстрировано, что в полной мере специфическими в данной ситуации могут считаться лишь те профилактические и терапевтические подходы, которые эффективно и в ограниченные временные периоды преодолевают исходные (специальные профилактические технологии), либо двойные (специальные лечебно-реабилитационные технологии) дефициты идентифицированных психологических свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к первичному, либо повторному вовлечению в социальные эпидемии. То есть это, в основном, технологии, оформляемые по принципу двухуровневой терапевтической коммуникации (подробное описание см. в следующем разделе), привнесение которых в стандартные профилактические, терапевтические программы на порядок повышает их эффективность [2, 11, 14, 15, 17, 18, 49—51, 54].

Что касается традиционных технологий дифференцированной медикаментозной терапии, детоксикации (для лиц с химической зависимостью), иных технологий, используемых в работе с традиционными мишенями, то их роль на определённых этапах оказания специализированной помощи лицам с деструктивной психологической и, особенно, химической зависимостью может быть весьма значительной. Однако, в целом, терапевтический потенциал данных подходов ограничивается степенью их позитивного влияния на темпы редукции сопутствующих продуктивных психопатологических проявлений, что имеет лишь косвенное отношение к конечному индикатору, оценивающему эффективность противодействующих усилий — итоговому уровню индивидуальной устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, и поэтому ни в коем случае не может считаться достаточным для решения проблемы социальных эпидемий по существу. В связи с этим целесообразно рассматривать степень «содействия» ис-

пользуемых технологий медикаментозного или иного лечения основному процессу форсированного развития искомых уровней психологического здоровья-устойчивости к агрессивному влиянию среды, которая может существенно различаться [45].

Специально следует отметить тот факт, что для каждой из обозначенных универсальных мишеней были разработаны специфические способы диагностики, определяющие терапевтическую динамику продвижения от дефицитарного (деструктивного, дезадаптивного) к нормативному полюсу показателей психологического здоровья-устойчивости [7, 40, 48].

3.5.2. В ходе выполнения задачи 3 комплексного исследовательского проекта нами была разработана модель двухуровневой развивающей коммуникации, удовлетворяющая следующим необходимым требованиям:

- данная модель содержит аргументированное научное обоснование основного востребованного эффекта — возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в отношении компенсации исходного и привносимого дефицита в сфере идентифицированных характеристик психологического здоровья-устойчивости, 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 двухуровневой развивающей коммуникации при определённых условиях могут быть транслированы в традиционные развивающие технологии — тренинговые, консультативные, воспитательные, образовательные — с существенным повышением их эффективности. То есть данная модель может выполнять важнейшую функцию системообразующего технологического стержня метамоделей социальной психотерапии;

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

3.5.2.1. На основе интерпретации результатов, полученных в ходе многолетних исследований [10, 23, 28, 39, 42—44, 47] были сформулированы следующие основные положения, характеризующие модель двухуровневой 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» (Выготский Л.С., 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 (опасно/безопасно, интересно/неинтересно); 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»); быстрой 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 гормональной 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 востребованного профилактического либо терапевтического эффекта — достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в ограниченные временные периоды.

Содержательные характеристики синергетической стратегии внесознательных инстанций, наиболее востребованные в модели двухуровневой развивающей коммуникации, следующие: *пластика «Я»* (с позиции разрабатываемого нами темпорального принципа организации психических процессов [25, 27—29, 32], 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 (устойчивости к агрессивному влиянию среды); «Я»-статусам («Я»-ребенку, «Я»-родителю, «Я»-партнёру, «Я»-профессионалу и др.). Соответственно, вероятность эффективной трансформации тех диссоциированных компонентов психической активности субъекта, которые и являлись причиной появления адаптационных расстройств, существенно возрастает. С позиции всего вышесказанного особенно важной представляется возможность терапевтической диссоциации и форсированного развития «Я»-свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии); *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 счёт механизмов временной пластики могут существенно более 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 имеющих жизненных обстоятельств, а в сочетании с временной пластикой — обстоятельств прошлого и будущего субъекта; такая возможность реализуется за счёт ак-

центрирования или усиления концентрации каких-либо значимых аспектов ситуации, разрешения или удаления из ситуации травмирующих, «шумовых» моментов, выхода за пределы ситуации с одновременным умалением степени её значимости, т.е. достижения ресурсной трансценденции и др.); *пластика контекстов* (в условиях гиперпластического пространства двухуровневой развивающей коммуникации существует возможность терапевтической трансформации негативно-эмоциональных антиресурсных контекстов какой-либо настоящей, а с учётом потенциала временной пластики — прошлой и будущей ситуации, в позитивно-эмоциональный ресурсный контекст при сохранении событийного строя происходящего; т.е. речь идёт о том, что травматическую память, негативное восприятие настоящего и ожидание будущего можно перевести в полярно противоположные терапевтические контексты с одновременным форсированным развитием достаточно устойчивого ресурсного состояния, профилирующего поисковое поведение субъекта в сторону добывания адаптогенов быстрого 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 разлитой терапевтический транс — состояние изменённых 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 только лишь возрастает).

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

ванию структурированных технологий, направленных на достижение соответствующих изменений у субъекта. Однако наиболее важными признаками формирования разлитого терапевтического транса, с точки зрения последующей динамики развития, являются пластические изменения в сферах «Я»-мышления, «Я»-поведения, о чём можно судить по критической редукции таких форм поведения субъекта, которые традиционно обозначаются как «сопротивление» или «психологическая защита» (с нашей точки зрения данные поведенческие стереотипы представляют типичную атрибутику защитно-конфронтационной стратегии адаптации, которая закономерно редуцируется при переключении активности внесознательных инстанций на полярно противоположную синергетическую стратегию адаптации), а также — по существенному возрастанию уровня креативной активности субъекта.

Из всего вышесказанного следует, что основа множественной гиперпластики — главного условия, обеспечивающего скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации — управляемая адаптационная активность внесознательных инстанций. Такого рода экологическое управление обеспечивается специально разработанными метатехнологическими подходами, основу которых представляют специфические статусные характеристики фасилитатора (психотерапевта, консультанта, тренера, воспитателя) и определённые профессиональные навыки, «всегда присутствующие» в общем поле развивающей коммуникации. Так, нами (Катков А.Л., 2006) была отмечена особая значимость следующих статусных характеристик и профессионального поведения фасилитатора:

- 1) «Я»-техника (профессионал должен находиться в ресурсном состоянии, предполагающем наличие актуализированной синергетической базисной стратегии внесознательных инстанций, метапозиции, открытой к изменениям; наличие особого, «диалогизированного» режима активности, позволяющего, с одной стороны, быть заинтересованным участником диалога с вовлечённым субъектом, а с другой — внимательно отслеживать динамику соответствующих изменений. Особый ресурсный статус фасилитатора и соответствующая генеративная активность его внесознательных инстанций являются мощным стимулом для переключения защитно-конфронтационной базисной стратегии адаптации на синергетическую и запуска механизма идентификации с ключевыми характеристиками ресурсного статуса фасилитатора, инициируемых внесознательными инстанциями вовлечённого субъекта. Таким образом ещё на этапе установления контакта и диагностическом этапе двухуровневой развивающей коммуникации клиент может почувство-

вать, что ситуация в отношении заявляемых им проблем кардинально изменилась: то, что из метапозиции доминирования защитно-конфронтационной стратегии адаптации (наиболее вероятного исходного анти-ресурсного статуса клиента) представлялось «тупиковым, сложным или неподъемным» — из полярно противоположной метапозиции ассимилированных характеристик ресурсного статуса фалиситатора и синергетической базисной адаптационной стратегии, «вдруг» предстаёт в совершенно ином свете — перспективным и вполне решаемым.

В свете всего сказанного становится понятным истинное значение таких достаточно традиционных характеристик общих терапевтических факторов, как «важность установления доверительных отношений между терапевтом и клиентом», «важность личностных характеристик профессионального психотерапевта», «вера в то, что психотерапия может помочь» и пр. [55—60].

2) *постоянное вербальное — прямое и косвенное — и невербальное подкрепление безопасности субъекта, вовлечённого в процесс двухуровневой развивающей коммуникации* (фалиситатор постоянно демонстрирует открытую метапозицию спокойного интереса к субъекту, эмпатии, «дистанционной сердечности» — 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. Фалиситатор заявляет клиенту о полной конфиденциальности озвучиваемой в ходе терапевтической коммуникации информации (при групповом формате занятий такое решение, с подачи фалиситатора, принимает терапевтическая группа). При появлении малейших намеков на сопротивление к продвижению в исследуемой проблемной сфере, фалиситатор-терапевт должен обязательно подтвердить безопасность клиента в смысле того, что тот имеет полное право сообщать лишь то, чем действительно хочет поделиться, и что эта информация в любом случае будет полностью конфиденциальной. Как правило, после такого подтверждения активность клиента существенно возрастает. В процессе подготовки профессионалов развивающего профиля, в частности, по вопросам реализации рассматриваемой метатехнологии, следует обращать внимание на то, что в отсутствие ресурсного статуса и конгруэнтной активности фалиситатора, выражающейся в соответствии вербального и невербального поведения (например, в случае недоброжелательности, напряжения и неуверенности терапевта на первых этапах построения развивающей коммуникации) рассматриваемая метатехнология не эффективна. Внесознательные ин-

станции вовлечённого субъекта, выполняющие в данном случае функции «детектора правды», считывают сигнал о наличии соответствующей конфронтационной базисной стратегии фалиситатора, и мобилизуют психику клиента на сопротивление, защиту — т.е. в полярно противоположную сторону от гиперпластического полюса быстрых изменений);

3) *постоянное вербальное и невербальное подкрепление креативной активности вовлечённого субъекта* (одобрительные мимические реакции, жесты и слова-междометия, продемонстрированные и сказанные в особо важный, сензитивный момент первых осторожных шагов клиента в сторону развития и ожидания реакции от значимой фигуры фалиситатора — выполняют функцию катализаторов креативной активности клиента, подкрепляют синергетическую стратегию его внесознательных инстанций, придают устойчивость формируемому ресурсному статусу. Рассматриваемая метатехнология адекватно работает лишь в случае активности первого из рассматриваемых метафакторов — «Я»-техники, за счёт чего и формируется особая значимость фигуры фалиситатора-терапевта для внесознательных инстанций клиента);

4) *формирование и подкрепление стыковочных сценариев желаемых терапевтических изменений* (под термином «стыковочный сценарий» в данном случае подразумевается специальная программа конструктивных изменений вовлечённого субъекта, привязываемая к определённой последовательности структурированных технических действий и оформляемая как «неявный» возврат клиенту его собственных, сценарно-проработанных ожиданий от проекта терапии или любой другой развивающей коммуникации. Обязательными условиями успешного оформления стыковочного сценария является адекватная детализация конструктивных ожиданий клиента от соответствующего терапевтического процесса, формирование множественной гиперпластики, совместное обсуждение последовательности структурированных технических действий с проговариванием того, какие именно желательные эффекты будет вызывать то или иное техническое действие, отслеживание невербальных реакций клиента, свидетельствующих об «утверждении» программы проговариваемых терапевтических изменений внесознательными инстанциями психики клиента. В этом случае с известной долей уверенности можно ожидать, что программа конструктивных изменений будет воспроизведена в ходе последовательной и чёткой реализации оговорённых структурированных технических действий, практически в автоматическом режиме. Что, собственно, и является основным механизмом гиперпротекции структурированных технических действий, реализуемых в условиях множественной гиперпластики. При этом

важно помнить, что рассматриваемая метатехнология может быть успешно воспроизведена лишь в условиях синергетической активности всех вышеобозначенных метатехнологических подходов);

5) *формирование и подкрепление перспективного сценария продолжающихся конструктивных изменений* (в данном случае речь идёт о тех же самых механизмах оформления соответствующего стыковочного сценария, привязываемого к значимым компонентам конструктивного жизненного сценария. Последний формируется за счёт использования специальных структурированных или тренинговых техник. Проговариваемая программа продолжающихся терапевтических изменений содержит характеристики ресурсной достаточности субъекта, возможность его функционирования в креативно-пластическом режиме, возможность ненавязчивого «присутствия» фалиситатора в виртуальном психологическом пространстве субъекта в качестве позитивной референтной группы, оптимистические ожидания и уверенность фалиситатора в успешном прохождении клиентом важных жизненных рубежей. 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 будущее).

Кроме того, нами выделены основные диагностические метатехнологии, также имеющие прямое отношение к управляемой активности внесознательных инстанций:

6) *постоянное отслеживание и оценка характеристик базисной адаптационной стратегии внесознательных инстанций* (внешние параметры, характеризующие базисную активность внесознательных инстанций, должны находиться в зоне постоянного внимания фалиситатора-терапевта; 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 двухуровневой развивающей коммуникации);

7) *отслеживание и фиксация ключевых невербальных сигналов* (такого рода утвердительные либо отрицательные сигналы, генерированные внесознательными инстанциями клиента, отслеживаются в отношении: диагностических версий (проясняющих значение того, что происходит с субъектом в проблемном поле); проекта структурированных технических действий, обеспечивающих ожидаемый результат; актуального и перспективного стыковочных сценариев; при этом, в зависимости от характера отслеживаемых сигналов, принимается решение о реализации какой-либо избранной последовательности структурированных технических действий с высокой вероятностью достижения ожидаемого результата).

3.5.2.2. В связи со всем сказанным, нами идентифицируются два уровня развивающей коммуникации, направленной на достижение основного востребованного эффекта — обеспечение значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у вовлечённого субъекта в ограниченные временные периоды: глубинный, формируемый за счёт синергетической активности внесознательных инстанций; структурно-технологический, формируемый за счёт использования разработанного технологического арсенала соответствующих практик — психотерапии, консультативной психологии, социально-психологических тренингов, воспитания, образования. Основные характеристики глубинного и структурно-психологических уровней представлены в табл. 1, 2.

В табл. 1 показаны универсальные механизмы, за счёт которых обеспечиваются оптимальные условия для оформления главного и наиболее востребованного эффекта развивающей коммуникации, а также продемонстрированы основные макро- и метатехнологические подходы, которые актуализируют глубинный, универсальный уровень развивающей коммуникации, и которые при соответствующих условиях (изменении стандартных требований и программы подготовки специалистов развивающего профиля) могут быть транслированы в основные развивающие практики метамоделей социальной психотерапии — консультативные, тренинговые, воспитательные, образовательные.

В табл. 2 показаны механизмы, за счёт которых решаются универсальные и специальные задачи структурно-технологического коммуникативного уровня. Вместе с тем, следует иметь в виду, что такого рода механизмы и структурированные технологии особенно эффективны в условиях актуализации и гиперпластической активности глубинного уровня развивающей коммуникации, что, по-видимому, и объясняет различный эффект от использования стандартных технологических подходов. То есть наша интерпретация постоянно отмечаемого различия в эффектив-

ности стандартных структурированных технологий, как и сопоставимой эффективности при использовании абсолютно разных технологических подходов — что весьма часто приводится как аргумент в пользу «ненаучности» и «необъективности» гуманитарных подходов — заключается в том, что такого рода факты обусловлены, в первую очередь, разным уровнем метатехнологической подготовленности специалистов-практиков и, соответственно, различной сте-

пенью мобилизации гиперпластической активности глубинного уровня развивающей коммуникации.

3.5.2.3. На основе универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды, модели двухуровневой развивающей коммуникации были разработаны специальные психотерапевтические, консультативные, тренинговые и диагностические технологии, эффективно используемые в метамоделю социальной психотерапии.

Таблица 1

Основные характеристики универсального, глубинного уровня развивающей коммуникации

Цели	Механизмы	Технологические подходы	Содержание профессиональной подготовки
1. Обеспечение высокой скорости и качества усвоения субъектом актуальной информации. 2. Обеспечение оптимальных условий для основного и наиболее востребованного эффекта — достижения значительных, устойчивых и продолжающихся изменений в ограниченные временные периоды.	1. Идентификация вовлечённого субъекта с ресурсным статусом фасилитатора — терапевта и ассимиляция открытой (мобилизованной на изменения) метапозиции. 2. Перевод защитно-конфронтационной базисной стратегии адаптации в синергетическую. 3. Актуализация и форсированное развитие феномена множественной гиперпластики. 4. Обеспечение гиперпротекции структурированных технических действий.	1. Макротехнологии первого уровня (связанные с процессом подготовки специалистов развивающего профиля и уровнями их компетенции в сфере использования метатехнологических подходов). 2. Макротехнологии второго уровня (связанные с оформлением этапов развивающей коммуникации). 3. Конструктивистские метатехнологии, актуализирующие глубинный уровень развивающей коммуникации. 4. Диагностические метатехнологии, оценивающие уровни активности внесознательных инстанций.	Теория — функциональная концепция психологического здоровья — устойчивости к агрессивному влиянию среды; модель двухуровневой развивающей коммуникации; макротехнологические и метатехнологические подходы, используемые в развивающих практиках. Практика — углублённое личностное самопознание и диагностика уровней психологического здоровья; практика личностного роста, личной терапии с достижением высоких уровней психологического здоровья и устойчивого ресурсного состояния; формирование конструктивистских и диагностических метатехнологических навыков; специальная интервизия, супервизия.

Таблица 2

Основные характеристики структурно-технологического уровня развивающей коммуникации

Цели	Механизмы	Технологические подходы	Содержание профессиональной подготовки
1. Эффективное продвижение по универсальным целям формирования высокого уровня устойчивости к агрессивному влиянию среды (в частности — эффективное продвижение от дефицитарно-дезадаптивного полюса к нормативно-адаптивному). 2. Эффективное решение проблемных ситуаций и задач, специфических для каждой развивающей практики — психотерапии, консультирования, тренинговой, воспитания, образования.	1. Качественное усвоение имеющейся и генерация новой информации, способствующей достижению высоких уровней устойчивости субъекта в агрессивной среде. 2. Утилизация неконструктивных, дезадаптирующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов). 3. Форсированное развитие конструктивных адаптационных навыков за счёт адекватных: — коррекции эмоционального опыта; — расширения когнитивного репертуара; — модификации поведения.	1. Структурированные техники и модальности психотерапии, консультирование 2. Специальные тренинговые технологии. 3. Профилактически ориентированные воспитательные и образовательные технологии.	Теория — классическая психологическая теория; теоретические курсы соответствующих дисциплин (психотерапии, консультирования, педагогики). Практика — практические курсы по усвоению соответствующих умений и навыков в сфере реализации специфических структурно-технологических блоков; тематическая интервизорская и супервизорская практика.

Так, в рамках комплексного исследовательского проекта нами была разработана, апробирована и внедрена технология полимодальной экспресс-психотерапии, реализуемая в продолжение 1—3 терапевтических сессий. Данная технология рассматривается как основной и наиболее востребуемый способ эффективной коррекции адаптационных расстройств и, соответственно, — эффективной профилактики формирования и реализации поискового поведения, направленного в сторону добывания патологических адаптогенов быстрого действия. Технология экспресс-психотерапии доказательно эффективна в терапии адаптационных расстройств, в наибольшей степени соответствует клиентскому запросу: «максимум желательных изменений в минимальное время», а также — социальному запросу на охват существенной части нуждающегося населения эффективной психотерапевтической помощью [21, 22, 24, 33—35]. Об этом, в частности, свидетельствуют обобщённые результаты по исследованию сравнительной эффективности двух вариантов полимодальной экспресс-психотерапии с вариантами краткосрочной психотерапии в клиентской группе с адаптационными расстройствами и различными проявлениями синдрома деморализации (табл. 3).

Из данных, приведённых в табл. 3, следует, что наиболее предпочтительным вариантом, в плане учитываемых параметров, включая и такие, как экономический, процент отсева клиентов, является комбинация экспресс-психотерапии и специального тренинга по формированию свойств психологической устойчивости в агрессивной среде. Важным обстоятельством здесь являлась возможность реализации тренинговых технологий в режиме двухуровневой развивающей коммуникации с актуализированным глубинным уровнем.

Далее была разработана и апробирована технология стратегической полимодальной психотерапии [30], направленная на достижение устойчивых ресурсных состояний, эффективное удовлетворение таких

долговременных запросов, как: уверенность и продуктивность в конфликтных, стрессовых ситуациях; достижение высоких уровней здоровья (включая психическое и соматическое здоровье) и качества жизни с перспективой активного долголетия; эффективность и успешность в трудовой деятельности, межличностных отношениях. Планируемым результатом использования технологии стратегической полимодальной психотерапии является достижение высокого уровня самоорганизации вовлечённого субъекта, эффективно профилирующего появление адаптационных расстройств.

В настоящее время исследуется многолетняя динамика в группе лиц с исходно низкими уровнями психологического здоровья-устойчивости, участвующих в соответствующих программах полимодальной стратегической психотерапии. Предварительные результаты свидетельствуют о высокой эффективности данного метода в отношении заявляемых целей и задач.

В рамках специального исследовательского фрагмента, осуществляемого совместно с кафедрой психотерапии и психосоматики Государственной педиатрической медицинской академии г.Санкт-Петербурга (РФ), была разработана модель первичной психотерапевтической помощи с использованием теле-, радио- и интернет-коммуникации. Методологическая основа данной модели представлена специально разработанными экспресс-психотерапевтическими технологиями, позволяющими транслировать основные психотерапевтические эффекты на вовлечённую, «резонирующую» аудиторию теле-, радиоканалов и интернет-пользователей. Проведённое масштабное и многоуровневое исследование подтверждает высокую эффективность данной технологии, сопоставимую, во многих случаях, с контактной экспресс-психотерапией. Однако основной эффект первичной психотерапевтической помощи, осуществляемой с использованием медийных каналов, представлен беспрецедент-

Таблица 3

Оценка сравнительной эффективности психотерапии адаптационных расстройств (0,5 года после завершения курса)

Основные параметры	Экспресс-психотерапия (1—3 с), n=1257	ЭП (1—3 с) + тренинг (3—5 дн.), n=1255	Полимодальная краткосрочная психотерапия (10—15 с), n=211	Краткосрочная когнитивно-поведенческая психотерапия (10—15 с), n=362
Субъективная оценка	+++	+++	+++	++
Стрессоустойчивость	++	+++	++	++
Качество жизни	++	++	++	++
Социальная динамика	+	++	+	++
Уровень развития свойств психологического здоровья	+	++	+	+
Процент отсева	—	1,7% (21 клиент)	36,5% (77 клиентов)	37,6% (136 клиентов)
Средняя стоимость терапии одного клиента	\$117	\$228,5	\$620,5	\$617,0

ными возможностями охвата нуждающегося населения и эффективной мотивацией на участие в контактных развивающих практиках [54].

Также нами были разработаны и апробированы технологии профилактически ориентированной групповой психотерапии подростков с повышенными рисками по профилю зависимости от психоактивных веществ [28]; варианты экспресс-психотерапевтической помощи, используемые на этапах профилактической и первичной аддиктологической помощи, ориентированной на отдельные типы социальных эпидемий: полимодальная экспресс-психотерапия злоупотребляющих психоактивными веществами [21, 22, 24, 33—35]; полимодальная экспресс-психотерапия лиц с высокими рисками и признаками вовлечения в интернет-зависимость [21, 22, 24, 33—35]; экспресс-психотерапия лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию [21, 22, 24, 33—35]. В соответствующих исследовательских фрагментах вышеприведённые технологии подтвердили свою существенно более высокую, достоверную и статистически значимую эффективность в сравнении с традиционными подходами.

В специальном фрагменте комплексного исследовательского проекта было проведено изучение сравнительной эффективности традиционных психотерапевтических подходов и разработанной инновационной (с использованием модели двухуровневой развивающей коммуникации) технологии интегративно-развивающей групповой психотерапии, встроенной в стандартную программу медико-социальной реабилитации наиболее тяжелого контингента зависимых от ПАВ — больных героиновой наркоманией. В частности, было установлено, что показатели динамики полноценного формирования свойств психологического здоровья-устойчивости к повторному вовлечению в наркотическую зависимость, существенно более высокие в экспериментальной группе (в 2,3 раза выше, чем в контрольной группе), обнаруживали отчётливую и устойчивую положительную корреляцию с длительностью и качеством ремиссии. Так, отсутствие ремиссии в экспериментальной группе наблюдалось в 1,7 раза реже, чем в контрольной. А частота выхода в устойчивую ремиссию (более 12 мес.) отмечалась в 4,1 раза чаще (30,12% выхода в устойчивую ремиссию против 7,32%). Также для экспериментальной группы были характерны существенно более высокие показатели положительной социальной динамики и качества жизни [42, 53, 54].

Далее, на основании идентифицированного универсального алгоритма и модели двухуровневой коммуникации были разработаны и апробированы специальные консультативные технологии, используемые на профилактическом и первичном этапах оказания

аддиктологической помощи, ориентированные на отдельные типы социальных эпидемий: технология наркологического консультирования [20, 25, 27—29]; технология аддиктологического консультирования лиц с высокими рисками и начальными признаками вовлечения в интернет-зависимость [21, 22, 24, 33—35]; технология аддиктологического консультирования лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию [21, 22, 24, 33—35]. В соответствующих исследовательских фрагментах была показана возможность существенного снижения риска формирования аддиктивной патологии у консультируемых клиентов.

Сотрудниками Центра [4—6, 8, 9] были разработаны специальные тренинговые технологии, используемые в программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ.

Соответствующие психотерапевтические, консультативные и тренинговые подходы, разработанные с учётом единого системообразующего принципа и демонстрирующие сравнительно более высокую эффективность, были положены в основу комплексной программы медико-социальной реабилитации лиц химической зависимостью (данная программа проходит фазу институционального внедрения в систему наркологической помощи в РК) и деструктивной психологической зависимости (данная экспериментальная программа проходит фазу исследования и апробации).

В табл. 4 приведено рабочее определение понятия комплексной медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ. Использование термина *комплексная* подчёркивает, с одной стороны, адекватную дифференциацию фрагментов реабилитационной программы по основным этапам наркологической помощи — профилактическому, первичному, амбулаторной и стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии, а с другой — преемственность и последовательность в реализации сквозных мотивационных и развивающих технологий, обеспечивающих, в итоге, приемлемые уровни устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость. Далее в табл. 4 отражены задачи, структура и содержание каждого последовательного этапа комплексной реабилитационной программы, указаны специалисты, в чьи функции входит реализация основных технологий дифференцируемых этапов. В данной таблице специально выделены те этапы, на которых ведётся особенно интенсивная работа с идентифицированными универсальными мишенями и которые не были представлены в реабилитационных программах, традиционно реализуемых в системе наркологической помощи РК. Фиксированная продолжительность периода прохождения всех этапов комплексной программы нами не указыва-

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

ется в силу того, что длительность первого и последнего из обозначенных этапов — первичной наркологической помощи, противорецидивной и поддерживающей терапии — может существенно различаться. Продолжительность 2—4 этапов занимает от 2,5 до 4 мес. Как уже было сказано, клиническая и социальная эффективность комплексной программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ по основным, промежуточным и конечным индикаторам в 1,7—4,1 раза превосходит показатели традиционных лечебно-реабилитационных технологий. Это позволяет сделать однозначный вывод об адекватности иденти-

фицированных универсальных мишеней, инновационных развивающих технологий, которые, в связи со всем сказанным, представляются обновлённой методологической основой эффективного противодействия процессу распространения социальных эпидемий, реализуемого в социальном секторе РК [2, 11, 16, 19, 49, 51, 53]. Особый интерес представляют данные об экономической эффективности разработанных реабилитационных технологий в сравнении с традиционными. Такое исследование было проведено в группах зависимых от ПАВ на этапах первичной наркологической помощи, амбулаторной реабилитации, противореци-

Таблица 4

Этапы комплексной медико-социальной реабилитации наркозависимых

Определение: медико-социальная реабилитация зависимых от ПАВ — это система комплексных, взаимосвязанных мероприятий, направленных на эффективное выполнение следующих задач:

№ задачи	Формулировка задачи	Зона компетенции и ответственность	Этап р/п	Основные методы реализации	Основные специалисты-координаторы
1	Мотивация на участие в программах снижения вреда — первичной наркологической помощи; Мотивация на поэтапное освобождение от наркотической зависимости	Программы снижения вреда — первичной наркологической помощи (профильные НПО; Центры СПИД; наркологические учреждения)	I	Мотивационные технологии (мотивационное информирование, собеседование, консультирование, психотерапия); раздача материалов (шприцы, иглы, дез. средства); лечение коморбидной патологии; профильное обучение и т.д.	Аутрич-работники; социальные работники; психологи, психотерапевты; консультанты по зависимостям; средний медицинский персонал и др.
2	Избавление от физической зависимости Дезактуализация психической зависимости	Здравоохранение	II	Медикаментозная терапия; детоксикация; мотивационная психотерапия и консультирование	Врачи-реаниматологи, психиатры-наркологи, психотерапевты; консультирующие психологи
3	Восстановление навыков биологической и социальной адаптации	Социальная и гуманитарная сфера, в том числе здравоохранения	III	Психотерапия Консультирование Социально-психологические тренинги Терапия средой Трудотерапия Терапия занятостью Социальное обучение Медикаментозная терапия Закаливание, спорт	Врачи-психиатры наркологи; психотерапевты, психологи, социальные работники, волонтеры-консультанты, специалисты по трудотерапии (социальные педагоги); терапии средой; валеологи
4	Форсированное развитие свойств психологического здоровья — индивидуальной и микро-социальной антинаркотической устойчивости	Социальная и гуманитарная сфера	IV	Те же + социальная и семейная терапия, активный досуг, общение со значимыми другими лицами	Те же
5	Достижение устойчивых ресурсных состояний Профилактика срывов и рецидивов	Социальная и гуманитарная сфера	V	Специальные мотивационные социально-психологические тренинги; противорецидивное и специальное мотивационное психологическое консультирование; противорецидивная и специальная мотивационная психотерапия; семейная и супружеская психотерапия; психотерапия созависимых; медикаментозная и поддерживающая терапия при коморбидной патологии; противорецидивная медикаментозная терапия	Консультирующие психологи; социальные работники; психотерапевты; консультанты по зависимостям; специалисты в области трудового обучения; врачи-наркологи

дивной и поддерживающей терапии, а также в отношении детей и подростков, зависимых от ПАВ, прошедших все этапы комплексной медико-социальной реабилитации. В частности, для взрослого контингента зависимых от ПАВ универсальный показатель сравнительной экономической эффективности на этапе первичной наркологической помощи составил 2,12 — т.е. на каждую денежную единицу, вложенную в соответствующий фрагмент инновационной комплексной программы МСР, было получено 2,12 единиц прибыли [14, 15]. Аналогичный показатель сравнительной экономической эффективности на этапе амбулаторной наркологической помощи оставил 2,35 [18]. А для этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ — по первому варианту, реализуемому сразу же после прохождения стандартных курсов детоксикации — 3,34; по второму варианту, реализуемому после прохождения стандартной программы амбулаторной медико-социальной реабилитации — 4,96; по третьему варианту, реализуемому после прохождения стандартной программы стационарной медико-социальной реабилитации — 4,07 [14, 15]. Показатель экономической эффективности инновационной программы комплексной медико-социальной реабилитации детей и подростков составил 8,1 [19].

Ещё одна группа — разработанных в ходе реализации комплексного исследовательского проекта диагностических технологий — также имеет отношение к идентифицированному универсальному циклу формирования высоких уровней устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в социальные эпидемии, универсальным мишеням, модели двухуровневой развивающей коммуникации.

Так, группой казахстанских ученых был разработан способ диагностики рисков формирования и развития аддиктивных форм поведения, а также электронная версия данного диагностического способа — специальная компьютерная программа по определению уровня психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии. Диагностика рисков с использованием данной программы может проводиться в наиболее значимых возрастных группах населения — 9—11 лет, 12—13 лет, 14—18 лет, 19—32 лет. Программа позволяет измерять даже минимальные изменения в профиле обследуемого, произошедшие с течением времени в результате профилактических и лечебно-реабилитационных вмешательств [7].

Специальная диагностическая методика была разработана с целью определения реабилитационного потенциала по профилю зависимости от психоактивных веществ среди детей 7—11 лет, среди подростков 12—13 и 14—18 лет, среди молодёжи и взрослых 19—32 лет [40].

Ещё две диагностические методики были разработаны с целью раннего выявления такого стремительно набирающего обороты типа социальной эпидемии, как интернет-аддикции [37, 38].

С целью проведения масштабных эпидемиологических исследований и определения уровней социального психологического здоровья-устойчивости к агрессивному влиянию среды разработан специальный многофункциональный опросник (ПМО), позволяющий, в том числе решать задачи исследовательского и прикладного характера [25, 27—29].

В 2010 г. была завершена разработка и апробация методологии комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ, на основе чего в настоящее время готовится компьютерная версия специальной диагностической программы [26].

Таким образом, рассматриваемые в настоящем разделе базисные методологические концепты — универсальный алгоритм формирования высоких уровней устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в социальные эпидемии, континуум универсальных мишеней, модель двухуровневой развивающей коммуникации — подтвердили свою эвристичность в смысле инновационного технологического потенциала, а также свою дееспособность в отношении существенного повышения эффективности противодействующих усилий.

3.6. Анализ институционального дефицита в сфере противодействия социальным эпидемиям

В ходе реализации второго этапа комплексной исследовательской программы, в рамках выполнения задачи 5 нами проводился анализ системного дефицита по пятому уровню дисциплинарной матрицы. Данный уровень характеризует степень разработанности и соответствия системы профессиональных стандартов, принятых в сфере противодействия социальным эпидемиям (социально-гуманитарный сектор), установленным доктринальным требованиям. Всего по данному профилю нами было проанализировано 437 источников — законодательных, программных, межведомственных и ведомственных нормативных документов, регламентирующих профильную профессиональную деятельность в системе здравоохранения, образования, воспитания.

В связи с особой важностью для практического сектора противодействия социальным эпидемиям, по данному направлению было реализовано две группы тематических проектов. Первая группа исследовательских проектов [3, 31, 41] охватывала наркологическую специфику. Вторая группа — специфику социальной психиатрии, психотерапии, клинической и консультативной психологии [36].

В целом, результаты, полученные по каждому из обозначенных направлений, позволили сделать следующие общие выводы.

Основополагающим дефицитом, «запускающим» весь комплекс деформирующих факторов в сфере разработки и реализации профессиональных стандартов, является: отсутствие систематизирующей идеи качества, фрагментарность и несогласованность представлений о данной важнейшей категории в общем поле институциональной активности интересующих нас дисциплин; непроработанность вопросов системной организации профессиональных стандартов, — как основного инструмента в сфере противодействия социальным эпидемиям.

Далее следует отметить очевидную дефицитарность практически каждого класса профессиональных стандартов:

1) отсутствие какого-либо стандартного мониторинга рисков и фактов вовлечения в деструктивные формы психологической зависимости; имеются лишь «усечённые» формы мониторинга наркологической ситуации, когда фиксируется и анализируется пассивная обращаемость в государственные учреждения наркологического профиля; отсутствие программ многоуровневого мониторинга психического и психологического здоровья населения; имеется возможность регистрации лишь относительно тяжелых психических и поведенческих расстройств, в результате чего истинная потребность населения в профильных услугах, наиболее востребованные ассортимент и объёмы технологий профильной помощи остаются неизвестными, а вся последующая институциональная стратегия выстраивается на предположениях и домыслах, а не на фактах;

2) незначительный ассортимент (отсутствуют не только востребуемые группы, но и классы технологий необходимой помощи практически по всем анализируемым дисциплинам) и неадекватно низкие объёмы аддиктологической, социально-психиатрической, психолого-психотерапевтической, наркологической помощи, с общим охватом от 10 до 15% нуждающегося контингента;

3) очевидная неадекватность стандарта профессиональной спецификации (например, действующими перечнями специальностей в РК такая профессиональная номинация, как специалист-аддиктолог, не предусматривается, а специалисты психотерапевтического, психологического и социального профиля представлены в явно недостаточном объёме спецификаций) и квалификации — в силу того, что наиболее востребованные виды помощи или вовсе не представлены или представлены менее всего в перечне необходимых знаний — умений — навыков (например, навыки мотивационного, наркологического, аддиктоло-

гического консультирования, с чего, собственно, должна начинаться профессиональная работа с профильной группой клиентов, вообще не фигурирует в утверждённых стандартах квалификационных требований);

4) количественная неполнота, содержательная бедность и недостаточная продолжительность (включая и ступенчатые курсы) программ профессиональной подготовки специалистов аддиктологического, психиатрического, наркологического, психолого-психологического, социального профиля в отношении всех возможных видов обучения: додипломного, последипломного, дополнительного и непрерывного профессионального;

5) противоречивость в системе организационных стандартов, фиксируемая практически на всех нормативных уровнях — национальных стратегий, законов, государственных программ, межведомственных и ведомственных приказов, положений и инструкций, касающихся, в том числе, и стандартных требований к структурным, технологическим, кадровым характеристикам профильных служб, оценочным индикаторам их деятельности.

Следующая дефицитарная позиция — столь же очевидная несогласованность рассматриваемых групп профессиональных стандартов, которая восходит к противоречиям в системе концептуальных и нормативных установок, а заканчивается активным нежеланием почти 90% потенциальных клиентов иметь что-либо общее с государственными учреждениями, оказывающими профильную помощь.

В силу всего сказанного, функционирующие институциональные модели, во-первых, не соответствуют реальному запросу населения, существующему в данной сфере, а, во-вторых, — данные модели неэффективны даже и в отношении достижения тех целей, которые выставляются на краткосрочную и среднесрочную перспективу — увеличение охвата нуждающегося населения профильными услугами, повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

3.7. Мета модель социальной психотерапии и комплексная система управления качеством профильной помощи

В ходе реализации второго-третьего этапов комплексного исследовательского проекта, выполнения задач 3, 8, 9, была завершена разработка метамодели социальной психотерапии и концепции управления качеством процессов противодействующей активности в социальном секторе (образование, здравоохранение, сектор неправительственных организаций, медийные и информационные сети). Также с целью эффективного преодоления системного дефицита, опре-

деляемого по 5-му матричному уровню (уровень профессиональных стандартов) были инициированы процессы институализации вышеназванных макротехнологических подходов в системе образования и здравоохранения РК.

3.7.1. В частности, были разработаны следующие функциональные характеристики метамодели социальной психотерапии.

Определение — под метамоделью социальной психотерапии (СП) понимается специально организованная масштабная практика использования экологически выверенных подходов и технологий — психотерапевтических, консультационных тренинговых, воспитательных образовательных — в отношении населения с высокими рисками и признаками вовлечения в социальные эпидемии.

Основные целевые группы, охватываемые сферой активности СП, это лица со сложностями адаптации в агрессивной среде и признаками синдрома деморализации (до 12% населения); признаками вовлечения в химическую зависимость (до 7% населения); признаками вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (до 2% населения), а также их родные и близкие.

Основной предмет функциональной активности метамодели СП — свойства и уровни индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды, определяемые и формируемые за счёт специально разработанных подходов и технологий.

Приоритетные цели СП — эффективное управление рисками вовлечения населения в эпидемии химической и деструктивной психологической зависимости; устойчивое снижение распространённости среди населения всех типов социальных эпидемий; достижение приемлемых уровней саногенной самоорганизующей активности, показателей качества жизни и социальной стабильности в обществе.

Для того чтобы в метамодели СП полноценно использовался весь функциональный потенциал разработанных инновационных технологий:

- 1) собственно-терапевтический (помогающий);
- 2) развивающий;
- 3) саногенный;
- 4) социально-стабилизирующий, должны быть эффективно решены следующие задачи:

- разработка и масштабное внедрение обновлённой системы профессиональных стандартов СП;

- внедрение организационного стандарта СП, предусматривающего эффективное взаимодействие трех кластеров: психолого-психотерапевтического, аддиктологического, саногенного;

- чёткая идентификация общей целевой группы и основных фокусных групп СП по профилю функцио-

нальной активности каждого из обозначенных кластеров (за счёт использования специальных скрининговых, диагностических технологий);

- реализация универсального профилактического компонента СП (за счёт использования инновационных технологий первичной профилактики вовлечения в социальные эпидемии);

- реализация лечебно-реабилитационного компонента СП в каждом из дифференцированных технологических кластеров (за счёт использования инновационных технологий психолого-психотерапевтической помощи, специальных реабилитационных технологий);

- проведение постоянного многоуровневого мониторинга эффективности СП в целом и по отдельным компонентам действующей метамодели в частности.

Структурные характеристики метамодели СП, в свете всего сказанного, следующие.

Основное требование к организационной структуре (организационному стандарту) метамодели СП — обеспечение возможности полноценного охвата населения наиболее востребуемыми видами помощи, эффективно противодействующими процессу распространения социальных эпидемий.

Данное требование выполняется за счёт реализации кластерной модели, ориентированной на потребности основных целевых групп:

- 1) психолого-психотерапевтического кластера СП, ориентированного на потребности в первичной и специализированной помощи наиболее многочисленной группы населения с нарушениями адаптации;

- 2) аддиктологического кластера СП, ориентированного на потребности группы населения с высокими рисками и признаками вовлечения в эпидемии химической и деструктивной психологической зависимости;

- 3) саногенного кластера СП, ориентированного на потребности группы населения, мотивированной на повышение уровня психологического здоровья, качества жизни, деятельной эффективности, реализацию программы активного долголетия.

В данной схеме психолого-психотерапевтический кластер СП представляет собой двухкомпонентную структуру, последовательно реализующую основные дифференцируемые этапы профессиональной психолого-психотерапевтической помощи: *этап первичной психолого-психотерапевтической помощи* (на данном этапе реализуются технологии: полимодальной экспресс-психотерапии, опосредованной экспресс-психотерапии с использованием теле- и радиокommunikаций, дистанционной экспресс-психотерапии с использованием телефонов доверия, интернет-пространства); *этап специализированной психолого-психотерапевтической помощи* (данная пси-

мощь оказывается в поликлиниках общесоматической сети, специализированных учреждениях здравоохранения, санаторно-курортных и других учреждениях; при этом используются стандартные технологии основных психотерапевтических модальностей и консультирования). Основным в приведённой схеме по возможностям охвата и целевой профилактической нагрузке, безусловно, является этап первичной психотерапевтической помощи.

Аддиктологический кластер представлен модифицированной системой наркологической помощи с включением в сферу компетенции данного сектора вопросов, связанных с оказанием профильной высококачественной помощи лицам с деструктивной психологической зависимостью (игроманией, интернет-зависимостью, вовлечением в экстремистские организации, деструктивные секты). Модификация названного сектора должна заключаться ещё и в соответствии профильной помощи современным требованиям — безопасности, доступности, широкого ассортимента, достаточного объёма и высокого качества предоставляемых услуг. Система аддиктологической помощи, учёт целей и задач метамоделей СП, должна быть представлена следующими этапами:

- этап профилактической аддиктологической помощи — на данном этапе осуществляется диагностика и дифференциация целевых групп населения по профилю рисков вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость, коррекция высоких рисков с использованием специальных инновационных технологий СП;
- этап первичной аддиктологической помощи — на данном этапе диагностируется и осуществляется, по возможности, наиболее полный охват целевой группы населения с признаками химической, деструктивной психологической зависимости инновационными технологиями первичной аддиктологической помощи СП;
- этап амбулаторной либо стационарной реабилитации лиц с химической, деструктивной психологической зависимостью — на данном этапе осуществляется прохождение 2—4-го компонентов инновационной программы медико-социальной реабилитации, основанной на идеологии универсального цикла формирования высоких уровней психологического здоровья-устойчивости, двухуровневой развивающей коммуникации;
- этап противорецидивной и поддерживающей терапии — на данном этапе реализуется 5-й компонент инновационной программы реабилитации зависимых лиц, отслеживается долговременная динамика основных индикаторов эффективности.

Саногенный кластер представлен сектором учреждений, ориентированных на формирование высоких

уровней самоорганизующей саногенной активности среди населения (Центры здоровья, здорового образа жизни, соответствующие консультативные и тренинговые центры, группа инициативных профессионалов-психотерапевтов, психологов, других специалистов медицинского и гуманитарного профиля, — взаимодействующих с данными учреждениями). Основной инновационной технологией СП здесь является стратегическая полимодальная психотерапия и специально разработанные тематические тренинги, реализуемые в гиперпластическом пространстве двухуровневой развивающей коммуникации.

Технологические характеристики метамоделей СП, с учётом всего вышесказанного, следующие.

Теоретической основой технологий, используемых в метамоделей СП, является функциональная концепция психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

Стержневые системообразующие принципы — универсальный алгоритм формирования высоких уровней психологического здоровья-устойчивости, система универсальных мишеней, модель двухуровневой развивающей коммуникации.

Содержание основных технологических блоков:

- блок скрининговых технологий, позволяющих идентифицировать истинные уровни психологического здоровья-устойчивости населения, распространённость высоких рисков и фактов вовлечения в основные типы социальных эпидемий;
- блок диагностических технологий, определяющих уровни индивидуальной устойчивости к агрессивному влиянию среды;
- блок профилактически ориентированных развивающих технологий — психотерапевтических, консультативных, тренинговых, воспитательных, образовательных, — используемых с целью эволюционного и форсированного развития высоких уровней психологического здоровья-устойчивости, самоорганизующей активности, достижения высоких показателей качества жизни;
- блок лечебно-реабилитационных технологий — консультативных, психотерапевтических, тренинговых, собственно реабилитационных, — используемых с целью форсированного развития приемлемых уровней устойчивости к повторному вовлечению в химическую и деструктивную психологическую зависимость;
- блок специальных образовательных технологий, используемых при подготовке профессионалов, действующих в метамоделей СП — психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, консультантов по зависимостям, школьных психологов, социальных педагогов;
- блок специальных организационных технологий, включая управление качеством профильных видов по-

мощи — психолого-психотерапевтической, аддиктологической, саногенной, используемых при формировании метамоделей социальной психотерапии;

- блок технологий мониторинга эффективности каждого компонента СП и метамоделей социальной психотерапии в целом.

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

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

3.7.2. В ходе реализации третьего этапа — выполнения задачи 9 комплексного исследовательского проекта — нами были обоснованы основные принципы и разработана комплексная система управления качеством процессов противодействующей активности, разворачиваемых в социальном секторе РК (здравоохранении, образовании, секторе неправительственных организаций, медийных и информационных сетей).

3.7.2.1. Общие характеристики разработанных концептов следующие.

Главное функциональное назначение апробированных принципов и системы управления качеством — представлять инструмент эффективного институционального контроля в сфере распространения идентифицированных типов социальных эпидемий. При этом под качеством процессов противодействующей активности, 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: комплексная система менеджмента качества (КСМК) профильной помощи (ПП) — наиболее перспективная форма организационно-управленческой деятельности, позволяющая чётко идентифицировать предмет, параметры и методы оценки качества ПП, а также использовать наиболее адекватные способы постоянного улучшения всех компонентов оказания ПП.

Вышеназванное определение подчёркивает конструктивные особенности и прагматический характер разработанной системы управления качеством ПП, направленных на реализацию следующего алгоритма:

1) формирование адекватных, научно-обоснованных представлений о предметной сфере организаци-

онно-управленческих усилий, обеспечивающих итоговое высокое качество оказываемой помощи;

2) определение основных параметров, с использованием которых исследуется и оценивается категория качества;

3) определение наиболее адекватных методов и инструментов оценки данных параметров, целью отслеживания объективной динамики качества оказываемой помощи;

4) идентификация наиболее эффективных организационно-управленческих технологий, способствующих непрерывному совершенствованию всех значимых компонентов профильной помощи.

3.7.2.2. Основные теоретические положения, на которых базируется КСМК, следующие.

Комплексная система менеджмента качества ПП представляет собой системный 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, а также — возможностей взаимного потенцирования и усиления эффекта системного взаимодействия.

Ниже приведены характеристики основного функционального назначения каждого из поименованных системных компонентов КСМК.

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

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

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 каче-

ства. 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 КСМК — определять наиболее адекватные и эффективные организационно-управленческие технологии постоянного совершенствования всех компонентов, обеспечивающих качество ПП.

На рис. 1 представлена общая структура КСМК с основными характеристиками каждого системного компонента.

Как следует из рис. 1, общая структура КСМК ПП представлена тремя вертикальными и множественными горизонтальными уровнями взаимодействующих

системных блоков, в совокупности обеспечивающих искомый результат — возможность эффективного блокирования тенденций распространения социальных эпидемий.

3.7.2.3. Собственно предметная сфера КСМК, как точка приложения основных усилий по обеспечению качества ПП, представлена следующими основными и, что очень важно — индикативными процессами:

- управления и координации (данная приоритетная группа процессов призвана обеспечить становление, устойчивое развитие и эффективное взаимодействие основных кластеров, представляющих метамодель социальной психотерапии);
- технологическими процессами, соответствующими каждому профилю противодействующих усилий, ассоциированных в метамодели социальной психотерапии;
- обеспечения необходимыми ресурсами — кадровыми, структурными, материально-техническими, финансово-экономическими, формирующими адекватный масштаб противодействующих усилий;



Рис. 1. Структура КСМК ПП и основные характеристики каждого системного компонента

- консолидации партнерских возможностей (данная группа процессов имеет непосредственное отношение к налаживанию конструктивного взаимодействия между всеми представителями общества, заинтересованными в установлении эффективного контроля над процессами распространения социальных эпидемий).

Основная идея повышения качества ПП, применительно к обозначенной предметной сфере, заключается в том, что существует принципиальная возможность:

- 1) структурирования каждого основного процесса на подпроцессы следующего уровня;
- 2) формирования наиболее востребованных, научно-обоснованных образцов (эталонов) каждого процесса и подпроцесса;
- 3) достижения максимально возможной степени соответствия производимых услуг разработанным технологическим эталонам и потребностям целевых групп населения;
- 4) постоянного обновления данного цикла на все более высоком технологическом и организационном уровне.

3.7.2.4. Для эффективной реализации обозначенных возможностей по улучшению качества профильной помощи в модели КСМК разработаны следующие стратегии.

Первой, обязательной в модели КСМК стратегией, является достижение максимального соответствия оказываемой профильной помощи утвержденным эталонам (стандартам). Реализация данной стратегической линии 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 — стратегия инновационного внедрения с институализацией эффективных технологий в систему утвержденных профессиональных стандартов ПП. За счёт реализации данного стратегического направления возможно постоянное улучшение системы профессиональных стандартов в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий. 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 ПП потребностям основных целевых групп, без чего невозможен полноценный охват нуждающегося населения наиболее востребованными видами помощи. Реализация данной стратегической линии предполагает наличие специа-

льной программы мониторинга качества профильных услуг с отслеживанием обратной связи в целевых группах населения.

В связи со всем сказанным, в модели КСМК устанавливается следующий регламент реализации обозначенных стратегических направлений:

- реализация программы базового многоуровневого мониторинга по определению ситуации, связанной с распространением 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 противодействующей 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 и профильных учреждениях образования;
- обновление системы профессиональных стандартов в соответствии с вновь полученными, научно-обоснованными данными и результатами обратной связи от основных потребителей профильных услуг;
- возобновление общего стратегического цикла КСМК.

3.7.2.5. Далее, были разработаны основные инструменты реализации комплексной системы менеджмента качества профильной помощи, оказываемой в метамодели социальной психотерапии:

- 1) система профессиональных стандартов;
- 2) модель отраслевого кластера;
- 3) модель функциональных управленческих групп;
- 4) модель стратегического и оперативного планов развития по каждому профильному кластеру с системой промежуточных и конечных индикаторов эффективности.

Наиболее важным, с точки зрения реализации главной идеологии КСМК, является инструмент *профессиональных стандартов профильной помощи*.

В контексте общей идеологии КСМК под системой профессиональных стандартов понимается нор-

мативно заданная и согласованная активность соответствующих социальных институтов и служб, направленная на достижение планируемых результатов по установлению эффективного контроля в сфере распространения социальных эпидемий.

При этом предполагается, что такой результат будет достигаться за счёт повышения эффективности нормативного регулирования деятельности системы профильной помощи.

Таким образом, основная функция системы профессиональных стандартов заключается в упорядочивании воспроизводства основного технологического цикла ПП за счёт достижения соответствия эталонно-нормативным требованиям.

Узкофункциональное определение профессионального стандарта, соответственно, подразумевает наличие утверждённого нормативного документа, в котором устанавливаются общие принципы, характеристики, правила и содержание различных аспектов деятельности по оказанию ПП, многократное использование которых закономерно приводит к планируемому результату.

Основные виды профессиональных стандартов в системе метамоделей социальной психотерапии следующие:

- стандарт многоуровневого мониторинга ситуации в сфере распространения социальных эпидемий и оценки противодействующих усилий;
- стандарт услуг, реализуемых в профильных кластерах;
- стандарт спецификации и квалификации специалистов, действующих в метамоделе социальной психотерапии;
- стандарт профессиональной подготовки профильных специалистов (додипломное, последипломное, дополнительное и непрерывное образование);
- организационный стандарт (нормативная база; основные группы ресурсов — материально-технических, финансово-экономических, кадровых; структурные характеристики ПП; организационно-управленческое обеспечение деятельности по оказанию ПП).

Вышеприведённая систематизация профессиональных стандартов обеспечивает их оптимальное и наиболее эффективное взаимодействие в общем процессе обеспечения роста качества профильной помощи.

Универсальная структура каждого профессионального стандарта содержит следующие элементы:

- область применения;
- определение целей и задач стандарта;
- определение субъектов и объектов (целевые группы), вовлекаемых в поле функциональной активности определённого профессионального стандарта;
- определение обязательных базисных элементов, образующих функциональный каркас стандарта;

- определение конкретного содержания каждого базисного элемента;

- определение результатов, которые планируется достичь с использованием данного стандарта;

- определение инструментов и критериев оценки данного результата.

Наличие и основательная проработка каждого из вышеприведённых пунктов, определяющих структуру и содержание профессионального стандарта, обеспечивает целостность и самодостаточность данного инструмента. Так, позиции 3, 4, 5 приведённой структуры стандарта могут использоваться при оценке промежуточных индикаторов, а позиция 6 — при оценке конечных индикаторов качества ПП. Позиция 7 в приведённой универсальной структуре определяет методологию оценки эффективности и качества оказываемой ПП.

Принцип системного взаимодействия и взаимопотенцирования вышеобозначенных профессиональных стандартов профильной помощи раскрывается на рис. 2.

Как следует из рис. 2, использование стандарта многоуровневого мониторинга в сфере распространения социальных эпидемий, ориентированного, прежде всего, на точное выявление потребностей в профильной помощи и степени удовлетворения данных потребностей в метамоделе социальной психотерапии, даёт возможность адекватной разработки стандарта профильных услуг.

Таким образом, обеспечивается максимальное соответствие структуры и содержания стандарта услуг нуждам и запросам основных потребителей профильной помощи.

Далее, специфика стандарта услуг в форме установленных требований по ассортименту, объёму и качеству предоставляемых видов помощи будет, в свою очередь, определять содержание стандарта спецификации и квалификации специалистов, действующих в метамоделе социальной психотерапии.

Соответственно, содержание последнего стандарта будет обуславливать специфику стандарта профессиональной подготовки профильных специалистов.

Далее, на основании содержания всех вышеназванных стандартов производится необходимый расчёт структурного, технологического, кадрового, нормативно-методологического обеспечения деятельности профессиональных служб, т.е. разрабатываются соответствующие организационные стандарты.

Эффективность противодействующих усилий оценивается с помощью программы мониторинга, включающей систему промежуточных и конечных индикаторов, например, таких, как определение итоговых уровней контроля в сфере распространения отдельных типов социальных эпидемий.

Таким образом, в приведённой схеме каждый стандартный элемент является логически выводимым следствием предыдущего и главным базисом для формирования последующего компонента, что является основным условием обеспечения высокого качества процесса воспроизводства технологий профильной помощи, оказываемой в метамодели СП.

Модель отраслевого кластера является наиболее эффективной организационно-управленческой структурой профильной помощи, действующей в рамках метамодели СП.

Цель организации отраслевого кластера — обеспечение высокого качества профессиональной (психолого-психотерапевтической, аддиктологической, саногенной) деятельности, осуществляемой на основе интеграции профильных научных, образовательных и практических учреждений и организаций.

Задачами отраслевого кластера являются:

- внедрение КСМК в научно-исследовательскую деятельность, процесс разработки и реализации образовательных технологий, практическую деятельность соответствующих учреждений и организаций;
- реализация основных стратегических направлений и общей последовательности действий по обеспечению качества оказываемой профильной помощи, предусмотренных КСМК;
- интенсивное ресурсное взаимодействие профильных секторов науки, образования, технологической практики с целью обеспечения эффективного контроля в сфере распространения социальных эпидемий;

- реализация определённого сектора общей программы многоуровневого мониторинга, оценивающего уровни распространения социальных эпидемий и эффективность противодействующих усилий.

Органом, координирующим деятельность учреждений и организаций, входящих в систему профильного кластера, является координационный совет, специальный регламент деятельности которого утверждается делегатами от каждой участвующей организации.

Основным нормативным документом, регулирующим взаимодействие участников отраслевого кластера, является многосторонний договор о сотрудничестве в сфере повышения качества профильных услуг, утверждённый руководителями соответствующих научных, образовательных и практических учреждений и организаций.

По аналогичной схеме осуществляется взаимодействие профильных кластеров в метамодели социальной психотерапии.

Модель функциональных управленческих групп, ориентированная по ключевым проблемам в сфере управления качеством профильной помощи, представлена следующим составом:

- группа мониторинга ситуации в сфере распространения социальных эпидемий и оценки противодействующих усилий;
- группа стратегического и оперативного планирования;
- группа контроля качества;
- группа внедрения инновационных технологий ГПП.

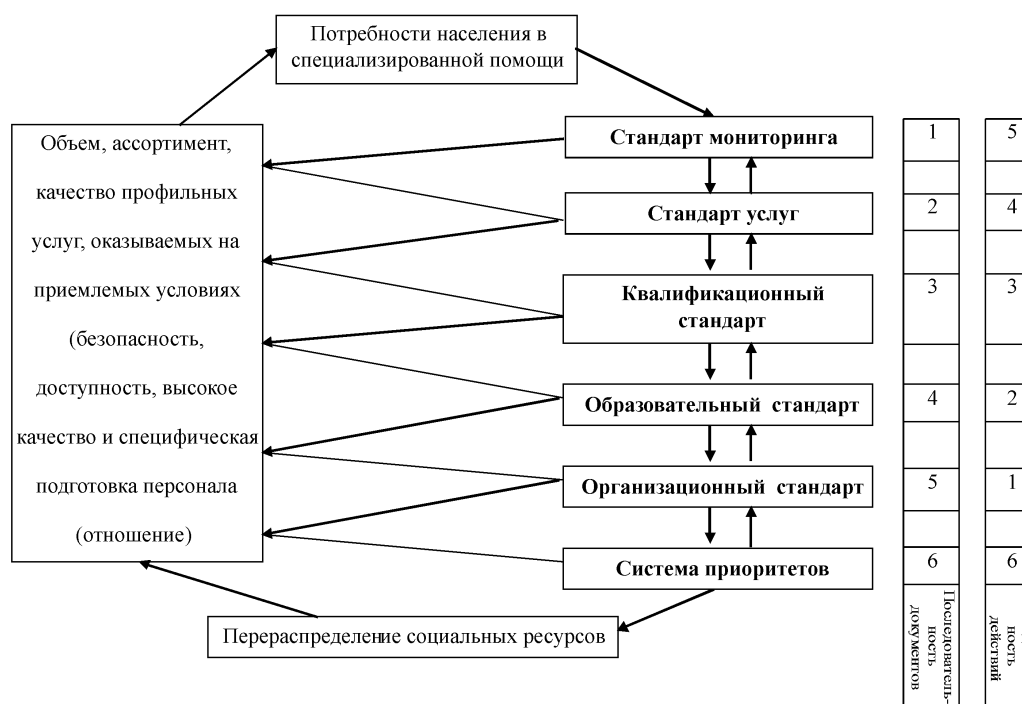


Рис. 2. Система профессиональных стандартов в сфере противодействия социальным эпидемиям

В своей деятельности каждая группа руководствуется разработанным положением, где обозначается предпочтительный состав, квалификация участников, руководящее ядро, общий алгоритм деятельности, подчинение и отчетность.

Каждая группа тесно взаимодействует с соответствующими отделами или специалистами профильного научного центра.

Многолетние стратегические и оперативные планы деятельности отраслевого кластера, конкретной организации или учреждения, входящего в данную структуру, представляют — по своим основным фрагментам — функциональный аналог алгоритма реализации главных стратегических направлений КСМК.

3.7.3. В настоящее время в РК институализация метамоделей социальной психотерапии, комплексной системы менеджмента качества имеет место в части организации аддиктологического кластера, ориентированного на целевую группу населения с высокими рисками и признаками химической зависимости. По данному направлению ведется многолетний мониторинг, отслеживается динамика основных показателей. По другим профильным направлениям процесс институализации находится в стадии разработки, утверждения профильными министерствами и ведомствами основных нормативных документов.

Вместе с тем, в основополагающем документе, определяющем политику и направления антинаркотической деятельности в РК — Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006—2014 гг. — предписывается реализация мероприятий, «...направленных на повышение эффективности соответствующих диагностических и первично-профилактических программ по формированию высоких уровней устойчивости к вовлечению в основные социальные эпидемии (наркомании, тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании)... для выполнения поставленных задач необходимо совершенствование психотерапевтической, социально-психологической помощи в Республике Казахстан» (раздел 4 «Основные меры по достижению цели и решению приоритетных задач», п.5).

Таким образом, в период до 2014 г. планируется проведение полномасштабной институализации разработанных инновационных подходов по двум другим направлениям профильной помощи — психолого-психотерапевтической и саногенной.

В отношении продвижения по первому направлению следует отметить, что в сентябре 2007 г. был утверждён Приказ Министерства здравоохранения РК «Об организации кластера в системе наркологи-

ческой помощи в Республике Казахстан». Планируется, что к 2014 г. сферой активности данного отраслевого кластера будет охвачено до 60% нуждающегося населения.

В рамках утверждённых и действующих государственных программ («Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009—2011 годы», «Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012—2016 годы», «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011—2015 годы») осуществляется оснащение учебных заведений РК компьютерными диагностическими программами по определению вероятных рисков формирования и развития аддиктивных форм поведения; проводится подготовка школьных психологов и социальных педагогов по эффективной коррекции высоких рисков данного профиля. Таким образом, можно говорить о полномасштабной реализации наиболее приоритетного этапа аддиктологической помощи — профилактического.

Результаты масштабной институализации профилактических и других инновационных технологий наркологического профиля выражаются, в частности, в том, что начиная с периода 2007—2008 гг., впервые за последние 15 лет отмечается отчётливая и устойчивая тенденция к уменьшению первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ среди детей, подростков и общего контингента. Так, показатель первичной заболеваемости среди детей до 14 лет (на 100 тыс. детского населения) с 19,1 в 2006 г. снизился до 6,0 в 2010 г. показатель общей заболеваемости среди детей до 14 лет (на 100 тыс. детского населения) в аналогичный период времени снизился с 38,8 до 13,2.

Динамика аналогичных показателей среди детей от 15 до 17 лет соответственно составила от 190,6 в 2006 г. до 114,3 в 2010 г. (первичная заболеваемость); от 405,0 в 2006 г. до 302,5 в 2010 г. (общая заболеваемость).

Среди общего контингента за рассматриваемый период показатель первичной заболеваемости снизился с 70,2 до 49,3 на 100 тыс. населения; показатель общей заболеваемости снизился с 360,4 до 306,2 на 100 тыс. населения [13].

Все вышесказанное свидетельствует о том, что по профилю эпидемии химической зависимости в Республике Казахстан, начиная с 2007 г. есть заметное продвижение от второго к третьему уровню контроля, когда масштаб и эффективность противодействующих усилий соответствуют масштабу основной проблемы.

Заключение

В результате полноценной реализации комплексного исследовательского проекта было установлено, что метаконцепция социальных эпидемий:

- содержит обоснованные аргументы для объединения наиболее деструктивных социальных процессов — вовлечения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомании, токсикомании); вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные культы и секты, экстремистские организации, игромании, интернет-зависимость); развития адаптационных расстройств с проявлениями синдрома деморализации, с охватом в общей сложности до 20% населения — под общим термином «социальные эпидемии»;
- содержит исчерпывающее описание специфики социальных эпидемий, их сущностного отличия от биологических эпидемий;
- аргументирует реальные и потенциальные дивиденды, которые могут быть получены в ходе дальнейшей разработки метаконцепции социальных эпидемий;
- убедительно демонстрирует всё то, что может выиграть технологическая практика противодействия рассматриваемым деструктивным процессам, реализуемая в социальном секторе в целом и по отдельным направлениям в частности;
- обосновывает прямой результат, который может быть получен в сфере установления действенного контроля над распространением социальных эпидемий;
- обосновывает косвенный результат по обеспечению высоких и устойчивых темпов социального развития за счёт существенного прироста человеческого капитала, который следует ожидать вследствие широкомасштабного инновационного внедрения разработанных способов противодействия социальным эпидемиям;
- обосновывает существенно более высокую степень экологичности, экономичности и эффективности инновационных способов противодействия в сравнении с традиционными;
- позволяет сформулировать внятный посыл к политическим, научным, культурным социальным элитам в отношении новых возможностей и необходимости эффективного противодействия.

Таким образом, разработанная метаконцепция социальных эпидемий в полной мере соответствует практически всем установочным требованиям и отвечает на основные вопросы, сформулированные на старте исследовательского проекта.

В связи со всем сказанным, метаконцепция социальных эпидемий представляется как дееспособная и состоятельная научная система: дающая внятные объ-

яснения того, какие движущие силы и механизмы лежат в основе рассматриваемого эпидемического процесса и обуславливают беспрецедентные темпы и масштабы его развития (концепция мутагенных цивилизационных факторов); проясняющая ситуацию с неуспешностью используемых противодействующих подходов (системный дефицит, выявляемый на доктринальном и институциональном уровнях противодействующей активности); и главное — аргументировано обосновывающая обновлённые доктринальные подходы и формы их адекватной институализации (функциональная концепция психологического здоровья-устойчивости к агрессивному влиянию среды, синергетический подход к актуализации потенциально-позитивного вектора мутагенных цивилизационных факторов; метамоделей социальной психотерапии; концепция управления качеством противодействующей активности, реализуемой в социальном секторе).

Результат, полученный в сфере существенного и устойчивого снижения темпов и масштабов вовлечения населения в химическую зависимость, позволяет надеяться на то, что в Республике Казахстан в ближайшие годы будет создана уникальная по своей эффективности система противодействия и установлен действенный контроль над процессом распространения деструктивных социальных эпидемий.

Список литературы

1. Абеева А.Г. Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности зависимых от психоактивных веществ — контингента специальных лечебно-принудительных учреждений: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2007. — 27 с.
2. Азанова Б.А. Динамика формирования ремиссий у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности в программах медико-социальной реабилитации: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар, 2006. — 30 с.
3. Алтынбеков С.А., Катков А.Л. Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан. — Павлодар, 2006. — 302 с.
4. Аманова Ж.Ш. Тренинг коммуникативных умений в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации. — Павлодар, 2004. — 55 с.
5. Аманова Ж.Ш. Тренинг креативности в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации. — Павлодар, 2004. — 46 с.
6. Аманова Ж.Ш. Тренинг сенситивности в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации. — Павлодар, 2004. — 43 с.
7. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г. Выявление групп риска по наркологическому профилю среди детей, подростков, молодежи в возрасте от 7 до 32 лет: Методические рекомендации 1—4. — Павлодар, 2006. — 35 с.; 47 с.; 53 с.; 52 с.
8. Аманова Ж.Ш., Юсупов О.Г. Тренинг асертивности в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации. — Павлодар, 2004. — 27 с.

9. Аманова Ж.Ш., Юсупов О.Г., Лаврентьев О.В. Ситуационно-ролевой тренинг в программе-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации. — Павлодар, 2004. — 57 с.
10. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неабилитация больных опийной наркоманией. — Павлодар, 2005. — 287 с.
11. Василенко И.В. Третьичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией (клинико-социальный и организационно-экономический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар, 2007. — 30 с.
12. Выготский Л.С. Соч.: В 6 т. — М.: Педагогика, 1982—1983.
13. Ганина Л.Ю., Гафарова Н.В. Аналитический обзор о характеристиках популяции потребителей наркотиков и спросе на медицинские услуги в Республике Казахстан. — UNODC, 2011. — 196 с.
14. Ережепов Е.В. Особенности клинической и социальной динамики у зависимых от опиоидов, охваченных этапом первичной наркологической помощи: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар, 2010, 28 с.
15. Ережепов Н.Б. Особенности формирования ремиссии у зависимых от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Павлодар, 2010. — 49 с.
16. Ескалиева А.Т. Эмоциональные нарушения и качество жизни у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ (клинико-психологический и реабилитационный аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар. — 24 с.
17. Жолдасова Ж.А. Исследование эффективности телесно-ориентированной психотерапии у больных с героиновой зависимостью: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2007. — 30 с.
18. Иманбеков К.О. Особенности терапевтической динамики у зависимых от опиоидов на этапе амбулаторной МСР: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар, 2010. — 29 с.
19. Каражанова А.С. Сравнительная эффективность комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Павлодар. — 34 с.
20. Катков А.Л. Наркологическое консультирование на этапах медико-социальной реабилитации зависимых от опиоидов // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2007. — Т. VII, №4. — С. 7—11.
21. Катков А.Л. Аддиктологическое консультирование лиц с высокими рисками и начальными признаками вовлечения в интернет-зависимость // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2011. — Т. XI, №4. — С. 28—29.
22. Катков А.Л. Аддиктологическое консультирование лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической помощи // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2011. — Т. XVII, №4. — С. 12—15.
23. Катков А.Л. Интегративная психотерапия — новые подходы // Психотерапия. — М.: Литера—2000, 2004. — №8. — С. 23—30.
24. Катков А.Л. Манифесты развивающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. — 2011. — №3. — С. 28—35.
25. Катков А.Л. Методология комплексного исследования психического и психологического здоровья населения: Методические рекомендации. — Павлодар, 2006. — 77 с.
26. Катков А.Л. Методология комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2010. — Т. X, №1. — С. 34—76.
27. Катков А.Л. Наркологическое консультирование: Проект типовой учебной программы. Тематическое усовершенствование. — Павлодар, 2006. — 23 с.
28. Катков А.Л., Нургазина А.З. Профилактически ориентированная групповая психотерапия подростков с повышенным риском по профилю зависимости от психоактивных веществ: Методические рекомендации. — Павлодар, 2006. — 77 с.
29. Катков А.Л. Полюс психического здоровья — проблемы идентификации (продолжение) // Психическое здоровье. — Москва, 2006. — №11 (11). — С. 44—55.
30. Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2012. — Т. XVIII, №2. — С. 61.
31. Катков А.Л. Управление качеством наркологической помощи. — Павлодар, 2009. — 627 с.
32. Катков А.Л. Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии: Методическое письмо. — Павлодар, 2003. — 26 с.
33. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия // Психотерапия. — М., 2011. — №10, спец. выпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация», 7—9.10.2011 г., Россия, Москва. — С. 63—69.
34. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия лиц с высокими рисками и признаками вовлечения в интернет-зависимость, проводимая на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2011. — Т. XI, №4. — С. 36—39.
35. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2011. — Т. XVII, №4. — С. 23—24.
36. Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Нормативное регулирование медицинской деятельности по охране психического здоровья в Республике Казахстан. — Павлодар, 2007. — 576 с.
37. Катков А.Л., Аманова Ж.Ш. О диагностическом опроснике интернет-аддикции (ДИА) // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2011. — Т. XI, №4. — С. 39—41.
38. Катков А.Л., Аманова Ж.Ш. О методологии семейной диагностики интернет-аддикции (СДИА) // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2011. — Т. XI, №4. — С. 41—43.
39. Катков А.Л., Макаров В.В. Философские и научно-методологические основания интегративной психотерапии // Психотерапия. — Москва, 2010. — №7 (103). — С. 30—48.
40. Катков А.Л., Молчанов С.Н., Юсупов О.Г. Определение реабилитационного потенциала среди детей, подростков, молодежи, зависимых от ПАВ в возрасте 7—32 лет: Методические рекомендации 1—4. — Павлодар, 2006. — 50 с.; 62 с.; 67 с.; 63 с.
41. Катков А.Л., Мусинов С.Р. Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за рубежом. — Астана, 2003. — 191 с.
42. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая, групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. — Павлодар, 2004. — 267 с.
43. Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ // Психотерапия. — М.: Литера-2000, 2003. — №12. — С. 15—24.
44. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология. — М.: Литера-2000, 2002. — №9. — С. 27—35.
45. Коцегулова Р.М. Исследование клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина при терапии атипичными (рисперидон, клозапин) и классическим (галоперидол) нейролептиками: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар, 2007. — 30 с.

46. Кусаинов А.А. Негативные психопатологические синдромы в клинике героиневой наркомании. — Алматы, 2010. — 24 с.
47. 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.
48. Марашева А.А., Владимирова Н.Г. Диагностика свойств антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте: Методические рекомендации. — Павлодар, 2005. — 29 с.
49. Молчанов С.Н. Особенности формирования ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар, 2006. — 26 с.
50. Нургазина А.З. Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар, 2006. — 28 с.
51. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар, 2004. — 28 с.
52. Рамм А.Н. Динамика клинико-психопатологических синдромов и социальных характеристик ремиссии у пациентов, зависимых от фенилпропаноламина: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2008. — 25 с.
53. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опиоидной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 2005. — 37 с.
54. Титова В.В. Исследования эффективности групповой психотерапии больных героиневой наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — СПб, 2004. — 31 с.
55. Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables / A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. — New York. Wiley, 1994. — P. 229—269.
56. Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy / A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. — New York. Wiley, 1994. — P. 190—228.
57. Lambert M.J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy / A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. — New York. Wiley, 1994. — P. 143—189.
58. Margraf J., Bauman V., Bedenung W. Schreiben Psychotherapeuten der Erfahrung zu? // Zeitschrift für Klinische Psychologie. — 1986. — Vol. 15. — P. 248—253.
59. Nietzel M.T., Fisher S.G. Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak // Psychological Bulletin, 1981. — Vol. 89. — P. 555—565.
60. Stein D.H., Lambert M.J. On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome // Clinical Psychology Review, 1984. — Vol. 4. — P. 127—142.

SOCIAL EPIDEMICS:

NEW CONCEPTUAL AND ORGANIZING APPROACHES IN SPHERE OF THE EFFICIENT RELUCTANCE

KATKOV A.L.

In article A.L. Katkov «Social epidemics: new conceptual and organizing approaches in sphere of the efficient reluctance» are totals of the perennial exploratory program on the whole complex of the questions, in accordance with subject social epidemic. In detail methodology of the complex exploratory process is described. Happen to main theoretical and practical results. They Are Motivated new доктринальные и институциональные approaches in sphere counteracting social activity.

Key words: social epidemic, reluctance, efficiency