

**А.Л. Катков**

**Деструктивные социальные эпидемии:  
опыт системного исследования**

**Павлодар,  
2012**

**ББК  
К**

**Катков А.Л.**

**Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования.** – Павлодар, 2012. – 223 с.

**ISBN 9965 – – –**

В монографии приведены основные результаты многолетнего комплексного исследования феномена социальных эпидемий – химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания); деструктивной психологической зависимости (вовлечение в экстремистские организации, тоталитарные секты, игроманию, интернет-зависимость); формирования адаптационных расстройств с признаками деморализации. Изложены научные аргументы в пользу объединения рассматриваемых деструктивных социальных процессов под общим термином «социальные эпидемии».

Проанализированы основные механизмы, способствующие развитию исследуемого эпидемического процесса. Идентифицированы универсальные факторы и алгоритмы формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Представлены инновационные технологии эффективного противодействия, разработанные на основе соответствующих универсальных моделей. Описаны инновационные институциональные структуры, обеспечивающие рост объемов и качества профильной помощи, оказываемой лицам с адаптационными нарушениями, химической, деструктивной психологической зависимостью.

В первой части монографии основной акцент делается на описание главных компонентов мета-концепции социальных эпидемий.

Во второй части дается краткое описание идентифицированных типов социальных эпидемий.

Книга предназначена для организаторов наркологической, аддиктологической помощи; руководителей всех уровней, занятых в сфере противодействия социальным эпидемиям; исследователей, практиков.

**ББК**

**Рецензенты:**

Доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова.

Доктор медицинских наук Ю.А. Россинский.

**ISBN 9965 – – –**

© РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», Республика Казахстан, Павлодар, 2012

# ОГЛАВЛЕНИЕ

## Часть I

<b>Социальные эпидемии: опыт системного исследования.....</b>	<b>6</b>
1. Введение.....	6
2. Общая методология исследования.....	7
2.1 Общие сведения об исследовательском проекте.....	7
2.2 Характеристика объекта исследования.....	8
2.3 Характеристика основного предмета исследования.....	8
2.4 Цель исследования.....	10
2.5 Основные задачи комплексного исследования.....	10
2.6 Материалы исследования.....	13
2.7 Методы исследования.....	14
2.8 Специальные инструменты исследования.....	15
2.9 Основные этапы исследования.....	21
2.10 Ресурсная обеспеченность.....	22
2.11 Приверженность принципам доказательной практики.....	23
3. Результаты исследования.....	23
3.1 Универсальные факторы риска – устойчивости вовлечения в социальные эпидемии.....	23
3.2 Универсальные механизмы вовлечения в социальные эпидемии.....	43
3.3 Анализ системного дефицита в сфере противодействия социальным эпидемиям.....	50
3.4 Новые доктринальные подходы и установки в сфере противодействия социальным эпидемиям.....	54
3.5 Универсальный алгоритм и общая методология формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.....	74
3.6 Анализ институционального дефицита в сфере противодействия социальным эпидемиям.....	99
3.7 Мета-модель социальной психотерапии и комплексная система управления качеством профильной помощи.....	101
Выводы.....	118
Список литературы.....	119

## Часть II

<b>Краткая характеристика основных типов деструктивных социальных эпидемий.....</b>	<b>125</b>
1. Формирование адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации.....	125
1.1 Определение и основные характеристики.....	125
1.2 Данные о распространенности.....	127
1.3 Данные о вредных последствиях.....	129
1.4 Оценка социального ущерба.....	130
1.5 Механизмы вовлечения.....	131
1.6 Способы социального противодействия.....	135
1.7 Общая оценка эффективности социального противодействия в РК.....	136
Список основных ссылок.....	137
2. Вовлечение в химическую зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания).....	141
2.1 Определение и основные характеристики.....	141
2.2 Данные о распространенности.....	142
2.3 Данные о вредных последствиях.....	148
2.4 Оценка социального ущерба.....	154
2.5 Механизмы вовлечения.....	154
2.6 Способы социального противодействия.....	155
2.7 Общая оценка эффективности социального противодействия в РК.....	165
Список основных ссылок.....	167
3. Вовлечение в экстремистские организации.....	177
3.1 Определение и основные характеристики.....	177
3.2 Данные о распространенности.....	179
3.3 Данные о вредных последствиях.....	179
3.4 Оценка социального ущерба.....	180
3.5 Механизмы вовлечения.....	182
3.6 Способы социального противодействия.....	186
3.7 Общая оценка эффективности социального противодействия в РК.....	188
Список основных ссылок.....	189

4.	Вовлечение в тоталитарные секты.....	191
4.1	Определение и основные характеристики.....	192
4.2	Данные о распространенности.....	193
4.3	Данные о вредных последствиях.....	193
4.4	Оценка социального ущерба.....	195
4.5	Механизмы вовлечения.....	196
4.6	Способы социального противодействия.....	197
4.7	Общая оценка эффективности социального противодей- ствия в РК.....	199
	Список основных ссылок.....	201
5.	Патологическое пристрастие к азартным играм.....	203
5.1	Определение и основные характеристики.....	203
5.2	Данные о распространности.....	207
5.3	Данные о вредных последствиях.....	208
5.4	Оценка социального ущерба.....	208
5.5	Механизмы вовлечения.....	209
5.6	Способы социального противодействия.....	211
5.7	Общая оценка эффективности социального противодей- ствия в РК.....	212
	Список основных ссылок.....	213
6.	Интернет-зависимость.....	215
6.1	Определение и основные характеристики.....	215
6.2	Данные о распространенности.....	217
6.3	Данные о вредных последствиях.....	217
6.4	Оценка социального ущерба.....	218
6.5	Механизмы вовлечения.....	219
6.6	Способы социального противодействия.....	220
6.7	Общая оценка эффективности социального противодей- ствия в РК.....	220
	Список основных ссылок.....	221
	Заключение.....	222

# ЧАСТЬ I

## СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ: ОПЫТ СИСТЕМНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

### 1. Введение

В последние десятилетия пристальное внимание мировой общественности, и в особенности научных, культурных, политических и военных элит, привлекают такие кризисные и масштабные социальные явления, как наркозависимость, терроризм, религиозный национальный экстремизм, распространение деструктивных культов и сект, игромании, компьютерная зависимость.

В эпоху глобализации и проникновения информационных технологий в жизненное пространство каждого человека эти, до поры изолированные и разрозненные, социальные явления обнаруживают тенденцию к неконтролируемому росту и охвату всё более значительных групп населения.

Степень деструктивного влияния упомянутых процессов на экономику, политику и социальную стабильность в ряде стран и регионов, а в конечном итоге – на мировой порядок в целом, весьма значительна. Однако все эти, безусловно, важные соображения отступают на второй план перед одним крайне тревожным фактом – жизнь и здоровье человека, вовлеченного в химическую либо деструктивную психологическую зависимость, подвергаются реальной угрозе, а его патологическое поведение может представлять опасность для жизни и здоровья других людей.

Беспрецедентные темпы распространения, огромные социальные и экономические потери, а также нарастающее разочарование в связи с недостаточной эффективностью противодействующих усилий являются главными стимулами, побуждающими к углубленному исследованию процессов, которые мы обозначили как социальные эпидемии – определение, которое объединяет наиболее деструктивные тенденции новейшего времени:

- эпидемию химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания) с вовлечением до 7% населения;
- эпидемию деструктивной психологической зависимости (тоталитарные культы и секты, экстремистские организации, игромании, компьютерная зависимость) с вовлечением до 2% населения;
- эпидемию адаптационных расстройств с проявлениями синдрома деморализации с вовлечением до 12% населения.

Главные вопросы, которые возникают в связи с использованием термина «социальные эпидемии», следующие:

- имеются ли какие-либо более существенные основания (помимо перечисленных внешних характеристик) для объединения вышеназванных деструктивных процессов в общее явление социальные эпидемии и какова специфика данного вида эпидемий;
- какие научные дивиденды могут быть получены в результате разработки концепции социальных эпидемий;
- что может выиграть технологическая практика противодействия распространению поименованных деструктивных процессов в целом и по отдельным направлениям в частности;
- какой прямой результат по установлению контроля над процессом распространения социальных эпидемий получит общество в кратко срочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе;
- какой косвенный результат по обеспечению устойчивых и высоких темпов социального развития можно ожидать от институализации предлагаемых способов противодействия распространению социальных эпидемий;
- будут ли эти способы более экологичными, экономичными и эффективными в сравнении с традиционно используемыми или потребуют существенных социальных ограничений и затрат с непредсказуемым результатом.

Ответы, полученные нами в ходе 10-летней исследовательской работы в сфере общей и специальной эпидемиологии, профилактики, лечения и реабилитации лиц с химической и деструктивной психологической зависимостью, проводимой Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании, убеждают в том, что определение «социальные эпидемии» – отнюдь не игра в псевдоубедительные термины и, конечно, не формирование очередной мегаломанической социальной доктрины, но предельно прагматическая, научно обоснованная концепция с отчетливыми перспективами снижения уровня социальной опасности, существующего в обществе.

## **2. Общая методология исследования**

### ***2.1 Общие сведения об исследовательском проекте***

Комплексное исследование проблемы социальных эпидемий осуществляется Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, Республика Казахстан) – первым научным центром аддиктологического профиля, действующим в Центрально-Азиатском регионе и имеющим статус Международного ресурс-

ного центра (проект УНП ООН по созданию всемирной сети ресурсных центров «Treetnet»).

Начиная с 2002 г. научным коллективом РНПЦ МСПН по отдельным тематическим аспектам проблемы социальных эпидемий были выполнены три научно-технические программы (НТП 2002-2004 гг., НТП 2005-2007 гг., НТП 2008-2010 гг.). В настоящее время реализуется четвертая тематическая научно-техническая программа (2011-2013 гг.) «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий химической зависимости (наркозависимость, алкоголизм, токсикомания), деструктивной психологической зависимости (вовлечение в экстремистские организации, тоталитарные секты, игромании, компьютерную зависимость)».

Основными правоустанавливающими документами, предписывающими проведение вышеназванных тематических исследований, являются «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2000-2005 годы, на 2006-2014 годы», утвержденные специальными Указами Президента РК. В частности, в данных основополагающих документах устанавливаются следующие приоритетные задачи: 1) достижение полноценного охвата населения РК эффективными профилактическими программами, обеспечивающими формирование устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии (химическую зависимость: наркоманию, алкоголизм, токсикоманию; психологическую зависимость: игроманию, деструктивные секты и культы, экстремизм, компьютерная зависимость и др.); 2) эффективная реабилитация лиц с клинической и психологической зависимостью.

Основным заказчиком тематических исследований является Правительство РК в лице Министерства здравоохранения.

## ***2.2 Характеристика объекта исследования***

Основной объект исследования – население Республики Казахстан (общие выборки, целевые выборки).

## ***2.3 Характеристика основного предмета исследования***

2.3.1 Уточнение рамок проблемного поля настоящего комплексного исследования стало возможным в результате формулировки следующего развернутого рабочего определения изучаемого социального явления: под термином «социальные эпидемии» понимаются процессы:

– развития у существенной части населения (до 12%) адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации – зоны наиболее ве-



роятных рисков формирования химической и деструктивной психологической зависимости;

- вовлечения населения в химическую (алкоголизм, наркомания, токсикомания) зависимость – до 7% населения;

- вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость) – до 2% населения, масштабы и темпы роста которых, а также объемы потерь – психологических, социальных, биологических, экономических, несомых обществом в данной связи, – представляют прямую угрозу существующему социальному порядку, нации, государству.

В приведенной дефиниции определение «социальные» демонстрирует качественное отличие рассматриваемого эпидемического процесса от биологических эпидемий, а также взаимозависимость данного феномена, в первую очередь с цивилизационными издержками развития.

Термин «эпидемии» используется, в данном случае, в полном соответствии с его истинным значением (букв. – над всеми людьми; имеющее отношение ко всем людям).

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

Таким образом, общим предметом настоящих исследований является феномен социальных эпидемий с его дифференцируемыми компонентами.

2.3.2 Специальным предметом исследования являются наиболее существенные характеристики изучаемого феномена:

- универсальные механизмы вовлечения в социальные эпидемии;
- универсальные факторы и алгоритмы формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

## **2.4 Цель исследования**

Разработка мета-концепции социальных эпидемий.

Преодоление доктринального, а также институционального дефицитов в рассматриваемой сфере.

Существенное повышение эффективности противодействующих усилий в социальном секторе РК.

## **2.5 Основные задачи комплексного исследования**

В ходе реализации научной программы предполагалось решение следующих задач, сгруппированных по основным функциональным профилям.

*Собственно исследовательские задачи:*

– идентификация универсальных факторов риска вовлечения в социальные эпидемии, представленных зависимыми переменными (т.е. такими характеристиками, на которые можно эффективно воздействовать в краткосрочной и среднесрочной перспективе и на основе которых выстраиваются адекватные мишени для соответствующих профилактических программ). В ходе выполнения данной исследовательской задачи должно быть получено научное обоснование совокупности именно тех свойств индивида, высокий уровень развития которых эффективно препятствует, а низкий – способствует вовлечению в социальные эпидемии в условиях агрессивной среды. Данные свойства должны быть четко идентифицируемы с помощью известных терминов и определений, измеряемы апробированными тестами и методиками, иметь статистически достоверный и явно выраженный антагонистический характер по отношению к доказанным рискам и фактам вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость. Полученные таким образом результаты должны представлять основу функциональной концепции устойчивости к агрессивным факторам среды – одного из главных компонентов мета-концепции социальных эпидемий;

– идентификация универсальных механизмов вовлечения в социальные эпидемии. Данная исследовательская задача предполагает углубленный анализ цивилизационных факторов, взаимодействие которых приводит к тому, что в прошлом изолированные и сдерживаемые традиционными культуральными и социальными ограничениями явления стали приобретать характер неконтролируемых социальных эпидемий. Результаты данного анализа должны быть представлены теорией мутагенных цивилизационных факторов – одним из главных компонентов мета-концепции социальных эпидемий. Прагматический аспект данной теории дол-

жен представлять обновленную доктрину противодействия социальным эпидемиям, в том числе давать ясные представления о способах эффективной компенсации деструктивного воздействия мутагенных цивилизационных факторов;

– идентификация универсального алгоритма формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. В ходе выполнения данной задачи должен быть сформирован системообразующий стержень инновационных профилактических, терапевтических и реабилитационных технологий для лиц с высокими рисками и признаками вовлечения в социальные эпидемии. Данный технологический стержень, в совокупности с определенными организационными принципами, должен представлять мета-модель социальной психотерапии – главный прагматический компонент общей концепции социальных эпидемий, компенсирующий институциональный дефицит в рассматриваемой сфере.

Последовательная реализация трех вышеназванных задач собственно исследовательского блока позволяет установить четкую взаимозависимость между главными типами социальных эпидемий, обосновать правомочность использования данного, общего для наиболее деструктивных социальных процессов, термина. И далее – разработать и обосновать три основных компонента мета-концепции социальных эпидемий.

*Аналитические и синтетические задачи:*

– выявление доктринального дефицита в сфере противодействия социальным эпидемиям, понимаемого как несостоятельность объясняющей научной системы, лежащей в основе общего подхода к рассматриваемой проблеме, в частности – в основе главных принципов противодействия, выводимых из данного подхода;

– выявление институционального дефицита, понимаемого как несостоятельность и неэффективность действующих социальных институтов – элементов социальной структуры, в чью компетенцию входит организация контроля над процессами распространения социальных эпидемий;

– разработка и обоснование мета-концепции социальных эпидемий, которая, в идеале, должна быть представлена следующими аналитическими и концептуальными блоками: первый аналитический блок дает четкий ответ на вопрос о том, какие движущие силы и механизмы лежат в основе рассматриваемого эпидемического процесса и обуславливают беспрецедентные типы и масштабы его развития (задача 2 первого блока); второй аналитический блок должен прояснять ситуацию с неуспешностью используемых стратегий противодействия процессу распространения социальных эпидемий, наглядно демонстрировать доктринальные просчеты и

методологические ошибки данных стратегий (задачи 4, 5 второго блока); три следующих концептуальных блока – функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к агрессивным воздействиям среды (задача 1 первого блока), мета-модель социальной психотерапии (задача 3 первого блока), концепция управления качеством противодействующей активности в социальном секторе (задача 9 третьего блока) – в комплексе должны давать отчетливое научное обоснование того, какими должны быть: обновленная доктрина, стратегия и технологии социального противодействия, обеспечивающие надежное блокирование и обратное развитие процесса распространения социальных эпидемий.

Последовательная реализация задач аналитического и синтетического блока позволяет сформулировать обновленную, обоснованную и целостную систему научных взглядов и подходов к рассматриваемой проблеме, дающих, в итоге, внятную перспективу установления действенного контроля над процессом распространения социальных эпидемий.

*Экспериментально-организационные задачи:*

– разработка, апробация и широкомасштабное внедрение технологий эффективного противодействия распространению социальных эпидемий, основанных на универсальных алгоритмах формирования устойчивости к агрессивным воздействиям среды;

– разработка, апробация и широкомасштабная институализация организационных технологий эффективного противодействия процессу распространения социальных эпидемий. В ходе реализации данной задачи должна быть обновлена нормативная база действующих в рассматриваемой сфере социальных институтов, разработаны и внедрены научно обоснованные системы профессиональных стандартов, апробирован и внедрен кластерный принцип взаимодействия организаций и структур, представляющих мета-модель социальной психотерапии;

– разработка и обновление концепции управления качеством процессов противодействующей активности в социальном секторе (образование, здравоохранение, медийные и информационные сети, сектор неправительственных организаций) – одного из основных компонентов мета-концепции социальных эпидемий;

– осуществление комплексной программы мониторинга ситуации в сфере распространения социальных эпидемий среди населения РК и оценки эффективности противодействующих усилий.

Реализация задач экспериментально-организационного блока способствует преодолению институционального дефицита в рассматриваемой сфере, а также достижению конечной цели научного проекта – существен-

ному повышению эффективности усилий, противодействующих процессу распространения социальных эпидемий.

## **2.6 Материалы исследования**

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

2.6.1 Материалы по профилю эпидемиологических, клинических и экспериментально-психологических исследований (задачи 1, 3 первого блока; задачи 7, 8 третьего блока) включают следующие исследуемые группы.

*Эпидемиологический профиль:*

- 2001 год – общая выборка населения РК (возраст 12-55 лет) – 7851 человек;
- 2003 год – общая выборка населения РК (возраст 12-55 лет) – 10560 чел.;
- 2007 год – целевая выборка зависимых от наркотиков – 2446 чел.;
- 2008 год – целевая выборка школьников (возраст 9-17 лет) – 1854 чел.

*Клинический и экспериментально психологический профиль – специфика и общая численность исследуемых групп, обозначенных в соответствующих фрагментах тематических НТП 2002-2011 гг.:*

- лица с высокими рисками вовлечения в химическую и психологическую зависимость – 763 человека;
- лица с установленным диагнозом химической зависимости – 8751 чел.;
- лица с деструктивной психологической зависимостью – 286 чел.;
- лица с расстройствами адаптации (F 43.2 по МКБ-10) – 2212 чел.

2.6.2 Материалы статистического профиля, отражающие уровни распространения отдельных типов социальных эпидемий, охват населения профильной помощью, степень эффективности противодействия, оказываемого в социальном секторе РК (статистические сборники, отчеты, обзоры результатов соответствующих исследований – всего 216 источников) – задача 10 третьего блока.

2.6.3 Материалы нормативного профиля, характеризующие институциональный дефицит, в частности несовершенство основных инструментов управления качеством и противодействующих усилий (законодательство, тематические национальные и региональные программы, стратегии, межведомственные и ведомственные приказы, документы, регламентирующие профессиональную деятельность в секторе здравоохранения, образования – всего 437 источников) – задача 5 второго блока, задача 9 третьего блока.

2.6.4 Материалы аналитического профиля, устанавливающие наличие системного доктринального дефицита в сфере противодействующей

социальной активности, в частности характеризующие дефицитарность и деформированность представлений об основных движущих силах и механизмах распространения социальных эпидемий, системные ошибки в сфере социальной политики, низкую эффективность профилактирующих мероприятий, реализуемых в сфере образования, здравоохранения, секторе неправительственных организаций, медийном и сетевом пространстве – всего 4830 источников (задача 2 первого блока, задача 4 второго блока).

## **2.7 Методы исследования**

В ходе реализации комплексного научного проекта нами использовались следующие группы исследовательских методов.

*Диагностические методы (задачи 1, 3, 7, 8, 10):*

– клинико-психопатологический, позволяющий констатировать формирование химической либо психологической зависимости, наличие синдрома деморализации и других психопатологических синдромов у представителей исследуемых групп;

– клинико-психологический, позволяющий квалифицировать особенности личности и поведения, отношения к болезненным проявлениям в исследуемых группах;

– экспериментально-психологический, дающий возможность идентификации свойств психологического здоровья – устойчивости, определения уровня рисков вовлечения в социальные эпидемии в тематических исследуемых группах;

– социологический (анкетирование, интервью, социологический анализ и др.), используемый для выявления каких-либо аспектов отношения населения к проблеме социальных эпидемий, оценки эффективности противодействующих усилий в отношении стандартных либо экспериментальных методов такого противодействия.

*Экспериментальные методы (задачи 7, 8, 9):*

– метод контролируемого клинического эксперимента, используемый при апробации инновационных технологий лечения и реабилитации в экспериментальных группах;

– метод контролируемого организованного эксперимента, используемый при апробации новых организационных технологий противодействия процессу распространения социальных эпидемий;

– метод экспериментального моделирования, используемый при разработке инновационных технологий и моделей помощи в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий.

*Аналитические методы (задачи 2, 4, 5, 7, 8, 9):*

– метод экспертных оценок, позволяющий идентифицировать и охарактеризовать системный (доктринальный, институциональный) дефицит в сфере базисных представлений противодействующей активности процессу распространения социальных эпидемий;

– метод экономического анализа, дающий представление об экономической эффективности инновационных и традиционных технологий профилактики, лечения, реабилитации, организационных технологий, используемых в рассматриваемой сфере;

– метод комплексного анализа эффективности (включая клиническую, социальную, экономическую эффективность), используемый в этих же целях.

*Универсальные методы и подходы:*

– статистических метод использовался для проведения статистико-математической обработки показателей, полученных при реализации каждого из перечисленных методов в исследуемых группах. При этом использовались программные продукты SPSS для Windows, обладающие необходимыми возможностями для всех этапов аналитического процесса в математической статистике, включая дифференцированный статистический анализ. При изучении взаимосвязи и взаимозависимости исследуемых признаков применялись коэффициенты корреляции Пирсона (измерение силы линейных взаимосвязей между двумя переменными) и Спирмена (ранговая корреляция). Оформление каких-либо выводов делалось только лишь на основании достоверных данных, полученных в результате статистико-математической обработки исследуемых параметров, показателей;

– системный подход использовался при решении системных исследовательских задач (задачи 1, 2, 3, 6, 9), требующих осмысления сложной динамики взаимодействия рассматриваемых факторов и параметров, сведения разрабатываемых концептов и организационных моделей в систему (мета-концепцию, мета-модель) с признаками функционального единства и четко идентифицированным системообразующим стержнем.

## **2.8 Специальные инструменты исследования**

Наряду со стандартными инструментами – техническим приложением к каждому используемому инструментальному методу (тесты, шкалы и пр.) – в настоящем исследовании применялись и специальные технологии сбора, обработки и оценки информации, соответствующие специфике комплексного научного проекта. Данные технологии были разработаны группой ученых РК с оформлением соответствующих патентных документов.

### 2.8.1 *Инструменты, используемые на стадии сбора и первичной обработки информации:*

– Павлодарский многофункциональный опросник (ПМО) представляет собой инструмент, позволяющий в ходе проведения эпидемиологических исследований определять: 1) уровень психологического здоровья – устойчивости населения к вовлечению в социальные эпидемии изучаемого региона в целом (возрастная группа 12-55 лет), а также – в тематических фокус-группах: профессиональных, гендерных, этнических, субрегиональных и др., при этом общая методология исследования с помощью ПМО позволяет дифференцировать до 70 фокус-групп; 2) уровни психического здоровья изучаемого региона в целом, а также – в аналогичных фокус-группах; 3) степень взаимозависимости доказанных рисков и фактов вовлечения в конкретные типы социальных эпидемий с идентифицированными уровнями психологического и психического здоровья; 4) степень взаимозависимости каких-либо конкретных факторов или обстоятельств (например, возраст, пол, профессия, социальное окружение, семейный статус, отношение к здоровью и пр.) с идентифицируемыми уровнями психологического здоровья и рисками вовлечения в социальные эпидемии.

С помощью ПМО возможно решение и других исследовательских задач прикладного характера: 5) определение степени информированности населения о проблеме социальных эпидемий; 6) определение источников информирования населения о данной проблеме; выделение тех источников информации, которые пользуются или, наоборот, не пользуются доверием населения; 7) определение отношения населения к деятельности государственных, общественных и иных структур по организации противодействующих усилий, и общей оценки результатов такого рода деятельности; 8) определение вектора общественного мнения в отношении наиболее вероятных причин, способствующих распространению социальных эпидемий; 9) одобряемые в обществе способы профилактики; 10) предпочтительные векторы целенаправленной деятельности государственных и иных структур по решению проблемы социальных эпидемий.

Выбор задач обусловлен определяемым концептуально-методологическим уровнем исследования: мультисекторальным (в общий формат входят все возможные исследовательские направления); межсекторальным (в общий формат включаются лишь некоторые исследовательские направления); моносекторальным (в общий формат включается лишь одно из всех возможных направлений исследовательской деятельности).

Далее, в соответствии с избранным концептуально-методологическим уровнем исследования, определяется специфика и общее количе-



ство исследуемых фокус-групп; выбирается соответствующая версия исследовательской карты (полная, сокращенная); определяется объем и общий тип выборки, а также методология ее формирования; после сбора заполненных карт материалы подвергаются статистико-математической обработке, в ходе чего проводится оценка доверительного интервала, определяются значимые различия, оцениваются размеры корреляции исследуемых признаков и параметров.

Полная версия ПМО содержит 124 вопроса, распределенных по 7 тематическим разделам. Для заполнения опросника необходимо от 30 до 40 минут, что требует специальной подготовки респондентов.

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

– Компьютерная программа по определению уровня психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии – инструмент, используемый как для скрининга, так и для индивидуальной диагностики – представляет собой программный продукт, созданный на основе способа (алгоритма) оценки степени устойчивости и, соответственно, предрасположенности к формированию химической, деструктивной, психологической зависимости для школьников в возрасте 9-11 лет, 12-13 лет, подростков от 14 до 18 лет и взрослых 19-32 лет.

Данная программа позволяет: 1) оперативно определить степень риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии для отдельно обследуемых или отдельной группы (ярко выраженный риск; наличие риска; низкий уровень риска); 2) с минимальными временными затратами получить развернутый отчет о состоянии психологического здоровья – устойчивости испытуемого, а также о наличии в его статусе биологических и социальных предпосылок к вовлечению в химическую, психологическую зависимость; 3) тестировать респондента многократно, отслеживая результаты эффективности профилактических вмешательств в динамике; 4) тестировать многочисленные группы людей, анализируя соотношение устойчивости-предрасположенности к вовлечению в социальные эпидемии отдельно взятого класса, школы, студенческой группы, всего коллектива учащихся и т.д.

Программа снабжена подробными инструкциями на каждом этапе работы, позволяет хранить результаты испытуемых, создавать базы данных, которые могут использоваться с различными исследовательскими целями. Возможна работа в анонимном режиме с сохранением данных под специальной учетной записью анонимного испытуемого.

В нашем случае настоящая программа использовалась с целью определения уровней психологического здоровья – устойчивости к вовлече-

нию в социальные эпидемии у детей и подростков-учащихся средних школ РК, а также – в целях оценки эффективности соответствующих профилактических и терапевтических программ.

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

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

*2.8.2 Инструменты, используемые для анализа системного дефицита (доктринального, институционального) в сфере противодействия социальным эпидемиям:*

– Модель дисциплинарной матрицы – инструмент обеспечения системной целостности методологических подходов к изучению любого самостоятельного научно-практического направления или группы направлений, объединяемых в единый функциональный кластер (как это имеет место в нашем случае).

Использование инструмента дисциплинарной матрицы предполагает анализ следующих содержательных параметров исследуемых специальностей и направлений: 1) четко обозначенная специфика (т.е. обращенность конкретной дисциплины к какой-либо предметной сфере); 2) методологическая разработанность основных информационных и функциональных блоков, представляющих системные уровни исследуемой научно-практической дисциплины или группы близких дисциплин; 3) наличие проработанных методологических механизмов обновления основных информационных и функциональных блоков, представляющих конкретную дисциплину; 4) наличие дееспособной институциональной модели иссле-

дуемого направления, представленного в системе действующих социальных институтов; 5) наличие действующей системы мониторинга эффективности реализации полного технологического цикла, специфического для данной дисциплины.

Далее, должен проводиться анализ каждого уровня структурного каркаса дисциплинарной матрицы по таким параметрам, как степень критической проработанности, адекватность содержания, полнота, соотношение с другими уровнями, в совокупности представляющих иерархию системной организации изучаемых дисциплин и научно-практических направлений: 1) уровня фундаментальных допущений, определяющего принадлежность конкретной дисциплины к ареалу науки и далее – к какому-либо полюсу научных знаний – естественно-научному, гуманитарному; 2) уровень базисных научных дисциплин, теорий, концепций, представляющий те научные дисциплины с их основополагающими теориями и концепциями, с учетом которых формируются исходные установки рассматриваемой дисциплины; 3) уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций, на котором представлены основные дисциплинарные разработки, определяющие доктринальные установки и принципы их реализации в системе действующих специальных институтов; 4) уровень актуального профессионального поля, представленного обновляемым набором актуальных знаний - умений - навыков, необходимых для профессионалов, действующих в общем формате конкретного научно-практического направления; 5) уровень профессиональных стандартов, представленный системой профессиональных стандартов, разработанных для исследуемой дисциплины и формирующих «видимый» корпус конкретного научно-практического направления, непосредственно соприкасающийся с основными контактными группами (в нашем случае – с потребителями профильных услуг).

Использование инструмента дисциплинарной матрицы существенно облегчает анализ доктринального дефицита в сфере противодействия распространению социальных эпидемий.

– Универсальная система профессиональных стандартов – данный инструмент представляет собой расширенное описание 5-го уровня структурного каркаса дисциплинарной матрицы, конкретизирующего способы и формы институализации какого-либо научно-практического направления. Использование данного инструмента существенно облегчает анализ институционального дефицита в рассматриваемой сфере (в нашем случае – институционального дефицита в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий).

Применительно к задачам настоящего исследования было сформулировано следующее функциональное определение системы профессиональных стандартов – нормативно заданная и согласованная активность соответствующих социальных институтов и служб, направленная на достижение эффективного контроля в сфере распространения социальных эпидемий.

Сущностная характеристика предлагаемой эталонной модели стандартных требований по оформлению профессиональной деятельности в интересующей нас сфере состоит в том, что в данной модели каждый из описываемых профессиональных стандартов (мониторинга, услуг, профессиональной спецификации и квалификации, профессиональной подготовки, организации профильных служб) соотносится со всеми остальными по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости и взаимодополнения. Так, основная функция стандарта мониторинга, помимо идентификации истинных масштабов и темпов распространения социальных эпидемий, определяется в данной схеме как выявление потребностей населения в профильной помощи и степени удовлетворения данных потребностей действующими службами. На основании полученной таким образом информации должен выстраиваться стандарт услуг с точным расчетом необходимого ассортимента и объема, полностью соответствующих потребностям основных групп населения. В свою очередь, профиль, ассортимент и рассматриваемый объем услуг являются основанием для разработки адекватного стандарта профессиональной спецификации (т.е. набора тех профессий, которые имеют непосредственное отношение к рассматриваемой проблеме), а также квалификационных требований по каждой профессиональной номинации, четко определяющих характеристики знаний - умений - навыков, необходимых для качественной реализации предусмотренного ассортимента услуг. Далее, система профессиональной спецификации и соответствующих квалификационных требований является основанием для разработки стандарта программ профессиональной подготовки (додипломной, последипломной, дополнительной, непрерывной) персонала, принимающего непосредственное участие в процессах, противодействующих распространению социальных эпидемий. Наконец, на основании всех вышеназванных стандартов производится необходимый расчет структурного, технологического, кадрового, финансово-экономического, нормативно-методологического обеспечения деятельности профильных служб, т.е. разрабатываются соответствующие организационные стандарты. Эффективность противодействующих усилий оценивается с помощью программы мониторинга, включающей системы промежуточных и конечных индикаторов эффективности.

Используя данную схему, можно сравнительно легко определить основные изъяны и несогласованность в системе противодействующих усилий. Проведение данной процедуры предусматривает заполнение карты комплексной оценки качества деятельности каждой профильной службы (285 учитываемых признаков) с последующей экспертной оценкой полученных результатов.

– Шкала уровней контроля в сфере распространения социальных эпидемий – инструмент, используемый для комплексной оценки эффективности противодействующих усилий по отдельным группам социальных эпидемий – содержит следующие идентифицируемые уровни: 1) нулевой уровень контроля (ситуация не исследуется; сведения о распространении социальных эпидемий в конкретном регионе хаотичны и недостоверны; возможности эффективного влияния на ситуации отсутствуют); 2) первый уровень контроля (информация о ситуации неполная; сведения о распространении социальных эпидемий собираются нерегулярно, из ограниченного количества источников; возможность влияния на ситуацию минимальная – противодействующие усилия не организованы и неэффективны); 3) второй уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная и регулярно обновляемая; возможность влияния на ситуацию ограничена вследствие недостаточного объема и эффективности противодействующих усилий); 4) третий уровень контроля (информация о ситуации полная, достоверная, регулярно обновляемая; масштабы и эффективность противодействующих усилий сопоставимы с масштабами проблемы и оказывают существенное влияние на ситуацию в плане блокирования и обратного развития основных тенденций по распространению социальных эпидемий).

Шкала уровней контроля используется для оценки конечного индикатора эффективности в сфере противодействия социальным эпидемиям.

## ***2.9 Основные этапы исследования***

– 1-й этап (2001-2004 гг.) предусматривал: сбор и анализ первичной информации о проблеме социальных эпидемий; разработку общей исследовательской стратегии, профильных научно-технических программ; подготовку соответствующего ресурсного обеспечения (кадрового, технологического, финансово-экономического), необходимого для реализации научной программы; выполнение собственно исследовательских задач 1-3 с разработкой основных теоретических блоков мета-концепции социальных эпидемий;

– 2-й этап (2005-2008 гг.) предусматривал: выполнение аналитических задач 4-5 по исследованию доктринального и институционального дефи-

цитов в сфере противодействия социальным эпидемиям; выполнение задач 7-8 по разработке и апробации эффективных технологий (профилактических, лечебных, реабилитационных, организационных); разработку концепции управления качеством процессов противодействующей активности в социальном секторе (задача 9);

– 3-й этап (2009-2013 гг.) включает: завершение формирования мета-концепции социальных эпидемий (задача 6); широкомасштабное внедрение разработанных инновационных технологий на национальном уровне с мониторингом эффективности противодействующих усилий (задачи 7, 8, 10).

### ***2.10 Ресурсная обеспеченность***

Технологическое обеспечение исследовательского процесса осуществлялось за счет ресурсов РНПЦ МСПН – основного исполнителя научного проекта. Так, основные научные отделы Центра изначально были ориентированы на выполнение отдельных задач комплексного проекта (отделы информации и анализа, социологических, клинических исследований; отдел профессиональных стандартов, отдел образования с профильной кафедрой). При РНПЦ МСПН был организован лечебно-реабилитационный блок с полным набором необходимых лечебно-реабилитационных и диагностических подразделений, с общим аддиктологическим профилем деятельности. Центр эффективно взаимодействовал с наркологическими учреждениями РК за счет механизмов единой информационной сети, объединяющей все государственные учреждения наркологического профиля, организационной модели наркологического кластера, утвержденной специальным приказом МЗ РК, а также за счет активности региональных научных сотрудников, координирующих процессы сбора и обработки первичной информации, инновационного внедрения на местах.

Основные фрагменты комплексного проекта выполнялись штатными научными сотрудниками Центра (23) и прикрепленными соискателями (6), проходившими стажировки по профилю методологии, организации научных исследований, доказательной медицине в крупных научных центрах США и Западной Европы.

Технологическая оснащенность Центра (компьютеризация рабочих мест; наличие внутренней сети, специального компьютерного центра статистико-математической обработки информации, высокотехнологического диагностического оборудования в соответствующих подразделениях) позволяла выполнять сложные исследовательские задачи, предусмотренные в рамках настоящего проекта.

## ***2.11 Приверженность принципам доказательной практики***

Структура основных научных отделов РНПЦ МСПН усиливалась специальными службами статистики и патентоведения, экспертной группой по доказательной медицине, группой по менеджменту научных исследований, этическим комитетом, которые в совокупности обеспечивали: строгий контроль над качеством процесса сбора и анализа первичной информации; соблюдение этических принципов; приверженность принципам надлежащей клинической практики и доказательной медицины. В частности, только лишь положительное заключение экспертного совета и этического комитета по каждому реализуемому фрагменту соответствующей научно-технической программы являлось основанием для продолжения исследования.

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

## **3. Результаты исследования**

### ***3.1 Универсальные факторы риска – устойчивости вовлечения в социальные эпидемии***

3.1.1 На первом этапе реализации комплексного исследовательского проекта были выделены наиболее цитируемые факторы, способствующие вовлечению в основные типы социальных эпидемий. Так, контент-анализ доступного массива источников показал, что в числе таких факторов выделяют следующие (по мере убывания рейтинга цитируемости):

– тип адаптационных нарушений с проявлением синдрома деморализации: 1) резкое повышение агрессивности информационной среды, создающей стрессующую реальность; 2) существенное повышение агрессивности социальной среды – высокий уровень конфликтности в макро- и микросоциальном окружении, насилия, преступности; 3) прогрессирующее разрушение экологической среды, способствующее снижению уровней физического и психического здоровья; 4) ухудшение биологического качества и адаптационных возможностей каждого последующего поколения; 5) прогрессирующая деградация института семьи, способствующая эмоциональной депривации и повышению уязвимости детей и подростков, воспитывающихся в неполных семьях; 6) резкое повышение конкурентных требований, экологический прессинг; угроза безработицы; 7) потеря социальной уверенности, отсутствие ощущения личной безопасности; 8) цивилизационные войны, способствующие чужеродной по-

литической, идеологической, гуманитарной, экономической экспансии и разрушающие национальные культурные уклады;

– тип химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания): 1) широкий доступ к психоактивным веществам (ПАВ); 2) значительные и расширяющиеся масштабы производства ПАВ; 3) снижение уровня социальной занятости подростков, молодежи; 4) высокая экономическая прибыль бизнеса по распространению ПАВ; 5) агрессивный характер такого рода бизнеса – использование теневых маркетинговых сетей, скрытой и открытой рекламы, возможностей информационных сетей по распространению ПАВ и др.; 6) активное формирование соответствующей подростковой и молодежной субкультуры через СМИ, Интернет и другие информационные каналы; 7) кризис традиционных ценностей, формирующих социально одобряемое поведение восходящего поколения; 8) нарастающая аномия в поведении подростков и молодежи; 9) ухудшающаяся биологическая predisпозиция (предрасположенность); 10) психопатология;

– тип религиозного и национального экстремизма: 1) унижение; 2) чувство безысходности; 3) навязываемое чувство неполноценности; 4) агрессивный информационный прессинг; 5) социальная маргинализация; 6) цивилизационный кризис и поляризация мира; 7) кризис традиционных религий; 8) эскалация религиозных и расовых конфликтов в политических целях; 9) глобальные миграционные процессы; 10) экспорт идей фундаментализма, национализма, в том числе через информационные сети; 11) стихийный или организованный протест на угрозу национальной идентичности, независимости, на чужеродную геополитическую экспансию; 12) особенности личности, психопатология;

– тип вовлечения в деструктивные секты: 1) агрессивный информационный прессинг; 2) кризис традиционной системы ценностей и ценностных установок; 3) кризис в системе интерперсональных отношений; 4) наличие острой или хронической психической травмы; 5) потребность в сочувствии и помощи; 6) кризис идентичности и поисковое поведение; 7) психопатология; 8) особенности личности;

– тип патологического пристрастия к азартным играм (игромания): 1) неограниченный доступ к азартным играм, в том числе через Интернет; 2) высокая прибыльность игрового бизнеса; 3) агрессивный характер и тенденции к неконтролируемому расширению игрового бизнеса; 4) скрытая и открытая реклама, пропагандирующая поведение игрока; 5) «человеческий фактор» – возможность удовлетворения актуальных потребностей – добывания «легких денег», ухода от травмирующей реальности, рисковать и доминировать – за счет игровой практики; 6) не-



адекватность и дисгармония в семейном воспитании; 7) личностные особенности и психопатология;

– тип вовлечения в компьютерную зависимость: 1) сверхбыстрый прогресс информационных технологий с их проникновением во все значимые сферы жизнедеятельности современного человека; 2) формирование особой компьютерной субкультуры в сфере человеческого общения; 3) неограниченный по времени и возможностям доступ к компьютерным технологиям; 4) непроработанность экологических правил для детей и подростков, неграмотность и неготовность родителей к введению такого рода правил в семье; 5) возможность удовлетворения нереализованных потребностей за счет компенсаторной активности в виртуальном пространстве; 6) особенности личности.

Разнообразие перечисленных факторов, их обращенность к различным – биологическим, психологическим, политическим, экономическим и экологическим – реалиям современности, оставляют мало шансов на возможность системных обобщений универсальных факторов риска, и особенно факторов устойчивости к вовлечению в поименованные типы социальных эпидемий. Тем более что взаимозависимость вышеприведенных обстоятельств с адаптационными расстройствами, вовлечением в химическую, деструктивную психологическую зависимость во многих случаях устанавливалась лишь умозрительно, без должного методологического оформления исследовательского процесса. Естественным следствием такого положения дел является то обстоятельство, что основные профилактические усилия и ресурсы, выделяемые для этих целей, «распыляются» по многочисленным направлениям противодействующей активности, как минимум малоэффективных или неэффективных вовсе. Более того (как максимум), эти направления зачастую противоречат друг другу, снижая и без того недостаточную общую эффективность профилактических усилий.

Результаты проведенного предварительного анализа послужили дополнительными аргументами к обоснованию необходимости изменения базисных исследовательских подходов от ретроспективных (т.е. обращенных в прошлое, с поиском системных обобщений имеющихся сведений) к проспективным (т.е. обращенным в будущее, с акцентом на поиск и научное обоснование универсальных факторов риска – устойчивости, адекватных и значимых для всех идентифицируемых типов социальных эпидемий). Ключевым понятием данного подхода является индивидуальная и социальная устойчивость к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, понимаемая как форма эффективной самоорганизации субъекта

и общества в агрессивной среде. Ключевое обоснование приоритетности данного подхода связано с признанием невозможности в ближайшие годы какого-либо существенного снижения уровня агрессивности среды и улучшения биологических характеристик восходящего поколения. И, напротив, констатацией абсолютной реальности и перспективности форсированного повышения уровней устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии даже и в условиях нарастающей агрессивности среды.

В контексте данного подхода должны быть обоснованы как минимум две модели системного взаимодействия факторов риска – устойчивости, адекватных для всех типов социальных эпидемий, с универсальными механизмами – движущими силами эпидемического процесса: 1) с акцентом на динамику снижения уровней устойчивости; 2) с акцентом на динамику форсированного развития уровней устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

Далее, в проспективном подходе должны быть показаны возможности конструктивного эволюционного переформирования характеристик информационной, экологической, биологической среды (независимых или относительно независимых в ближайшей перспективе переменных), за счет эффективного и масштабного воздействия на зависимые переменные – те самые универсальные факторы риска – устойчивости, на которые можно и нужно влиять в ближайшей перспективе. Что, собственно, и будет означать полное и адекватное решение проблемы социальных эпидемий с немалыми дивидендами в отношении социального развития на ближайшую и отдаленную перспективу.

3.1.2 В контексте используемого проспективного исследовательского подхода нами были сформулированы следующие функциональные требования к системе идентифицируемых универсальных факторов риска – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии:

– идентификационные характеристики: 1) возможность обозначения идентифицируемых факторов с помощью известных терминов и определений; 2) измеряемость апробированными тестами и методиками; 3) наличие статистически достоверной и явно выраженной отрицательной корреляции высоких уровней развития, положительной корреляции низких уровней развития идентификационных свойств с доказанными рисками и фактами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость; 4) надежность полученных идентификационных характеристик, обеспечиваемая тройным перекрытием и согласованностью результатов эпидемиологических, экспериментально-клинических и эксперимен-

тально-профилактических исследований; 5) возможность эффективного влияния на выявленные характеристики в краткосрочной (недели, месяцы), среднесрочной (1-5 лет) перспективах;

– технологические характеристики: возможность: 1) выстраивания адекватных индивидуальных мишеней с целью последующего профилактического, лечебного и реабилитационного воздействий; 2) выстраивания адекватных социальных мишеней с целью эффективного информационного воздействия первично-профилактического характера, с использованием каналов СМИ; 3) построения диагностических и скрининговых программ по определению эффективности соответствующего индивидуально- и социального воздействия; 4) разработки, на основании всего вышесказанного, инновационных технологий формирования высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии; 5) достижения, на основании всего вышеперечисленного, высоких уровней индивидуальной и социальной самоорганизации, компенсирующих издержки мутагенных цивилизационных факторов;

– синтетические характеристики: возможность выстраивания, на основании полученных результатов, целостного концепта универсальных факторов риска – устойчивости – одного из основных компонентов мета-концепции социальных эпидемий.

3.1.3 Проведенные нами, в ходе реализации первого и второго этапов, комплексные эпидемиологические, клинические и экспериментальные исследования позволили установить, что в наибольшей степени функциональным требованиям предыдущего пункта соответствует система определенных психологических факторов, которые мы обозначили как свойства психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды:

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

Вышеперечисленные свойства, сами по себе достаточно дифференцированные и представляющие обособленные структуры организации личности, соотносятся между собой по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости, взаимодополнения.

На схеме 1 представлены обобщенные результаты комплексного исследования по идентификации универсальных факторов риска – устойчивости в основных исследуемых группах, дифференцируемых, в том числе, по основным типам социальных эпидемий.

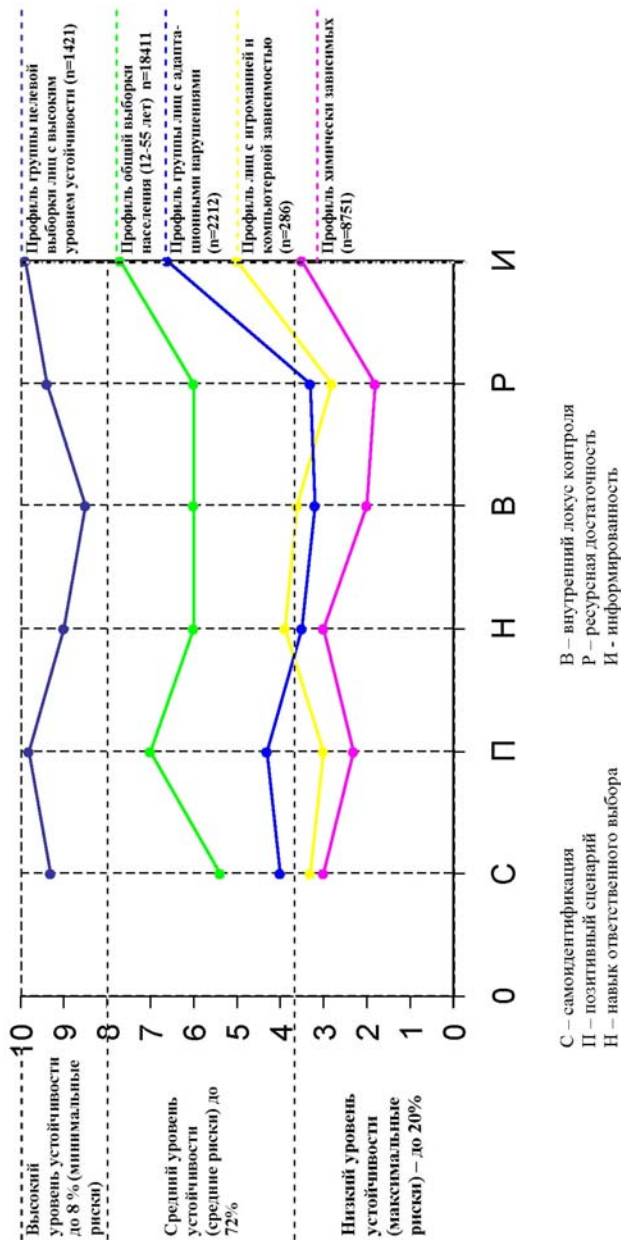
В приведенной схеме горизонтальная шкала представляет обозначения идентифицированных универсальных факторов риска – устойчивости; вертикальная шкала – значения стенов, оценивающих уровень развития исследуемых свойств – от 0 до 10; на горизонтальной шкале, кроме того, выделены общие уровни психологического здоровья – устойчивости, на основании чего можно делать выводы о дифференциации населения по основным идентифицированным уровням устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

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

Эти главные закономерности подтверждаются выявленным фактом того, что общий профиль группы лиц с химической зависимостью является наименее благоприятным среди всех анализируемых типов социальных эпидемий. По результатам наших исследований, данный факт связан с тем обстоятельством, что дефицит свойств психологического здоровья – устойчивости, присущий общей группе лиц, вовлеченных в социальные эпидемии, в данном случае отягощается еще и последствиями хронической интоксикации, наиболее пагубными для этих поздних (в онтогенетическом смысле) и наиболее хрупких в отношении агрессивного химического воздействия свойств человеческой психики (Кусаинов А.А., 2010).

Далее, обращает на себя внимание общее и подтверждающееся результатами соответствующего статистико-математического анализа сходство конфигурации профилей целевой выборки лиц с высокими уровнями психологического здоровья – устойчивости ( $n=1421$ ), общей выборки ( $n=18411$ ), группы лиц с адаптационными нарушениями ( $n=2212$ ). Наибо-

Среднестатистические профили свойств психологической устойчивости по дифференцированным группам населения



лее высокие значения стенов во всех обозначенных группах соответствовали параметру позитивного (идентификационного) жизненного сценария и степени информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям. Относительно низкие значения стенов соответствовали параметрам сформированности навыков ответственного выбора, внутреннего locus-контроля, наличия психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария. В то же время для общей конфигурации профилей лиц с деструктивной психологической и химической зависимостью, наоборот, были характерны относительно более низкие значения стенов по параметру позитивного жизненного сценария, притом что степень адекватной информированности оставалась относительно высокой. Системная интерпретация такого рода данных показывает, что решающую роль в блокировании вектора поведения, направленного на удовлетворение неосознаваемого ресурсного запроса («короткого пути к счастью» за счет употребления ПАВ и деструктивных психотехнологий), выполняет сочетание позитивного жизненного сценария и адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к ним. В то время как одного только фактора информированности о вредных последствиях употребления ПАВ или о других деструктивных агентах явно недостаточно, что, собственно, и объясняет невысокую эффективность первично-профилактических мероприятий, основанных на соответствующих стратегиях. Данный вывод в существенной степени подтверждается анализом отдельного профиля группы лиц с адаптационными нарушениями. Имеющийся «ограничитель» в виде относительно высоких уровней развития поименованных ключевых свойств психологического здоровья – устойчивости (даже и при наличии относительно более низких значений стенов по всем прочим анализируемым параметрам, что, собственно, и обуславливает наличие соответствующих расстройств), как мы видим, разворачивает поисковое поведение индивида в сторону нормативной адаптации, связанной с получением адекватной психологической и психотерапевтической помощи.

Несомненный интерес представляют совокупные аналитические данные о распределении населения РК по уровням психологического здоровья – устойчивости. В целом, исследуемая генеральная совокупность – население РК – находится в зоне среднестатистического риска по профилю вовлечения в социальные эпидемии. Однако при дифференциации общей исследуемой группы по уровням устойчивости – высокому (значения стенов от 8 до 10), среднему (значения стенов от 4 до 8), низкому (зна-

чения стенов от 0 до 4) – в зоне среднестатистического риска остается до 72% населения. При этом относительно высокие уровни развития ключевых свойств – позитивного жизненного сценария и адекватной информированности – являются дополнительными факторами, обеспечивающими устойчивость данной группы населения к агрессивному воздействию среды. Факторами, повышающими уровни рисков для данной группы населения, являются очевидная несостоятельность институтов, обеспечивающих эволюционное (адекватные профилактические программы) и форсированное (психологическая, психотерапевтическая кризисная помощь) развитие исследуемых свойств.

Зону максимального риска составляет до 20% населения РК. Из них, по нашим данным, до 7% населения уже вовлечено в химическую либо деструктивную психологическую зависимость (5 и 2% соответственно); у более чем 12% населения присутствуют признаки адаптационных расстройств с различными проявлениями синдрома деморализации.

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

Лица с высоким уровнем психологического здоровья составляют до 8% населения. По нашим данным, это единственная группа населения, для которой соответствующая институциональная активность по эволюционному либо форсированному развитию исследуемых свойств не имеет существенного значения в плане снижения рисков вовлечения в социальные эпидемии. В то же время такого рода активность (или ее отсутствие) прямо отражается на объеме данной дифференцируемой группы. Так, проведенные нами исследования показали наличие тенденции в период 2001-2008 гг. к уменьшению процентного отношения групп населения с высоким и средним уровнем устойчивости в пользу группы с низким уровнем устойчивости в общей популяции жителей РК. Эти тенденции, более ха-

рактерные для восходящего поколения (дети, подростки, молодежь), пока еще не достигают статистически значимых показателей и перекрываются значениями доверительных интервалов. Однако такой результат при условии сохранения общего направления средних темпов анализируемого динамического процесса, масштабов соответствующих исследований (объем выборки) может быть показан уже в 2013 г.

Таким образом, следует констатировать, что неуязвимых, в широком смысле этого слова, групп населения к воздействию агрессивных факторов среды на сегодняшний день нет.

Особый интерес представляют данные о взаимозависимости выявленных универсальных факторов риска – устойчивости с другими цитируемыми факторами рисков вовлечения в отдельные типы социальных эпидемий (всего нами исследовалось 95 таких факторов). Так, было убедительно продемонстрировано, что даже высокая концентрация таких цитируемых (т.е. общепризнаваемых) факторов риска, как определенная биологическая предрасположенность, неблагоприятная микросоциальная среда, агрессивный прессинг в ближайшем окружении субъекта, при наличии сформированных свойств психологического здоровья – устойчивости, не приводят к формированию каких-либо отчетливых проявлений дезадаптации или патологической адаптации, связанной с употреблением ПАВ, формированием деструктивной психологической зависимости. И, наоборот, цитируемые факторы оказывались статистически значимыми и обнаруживающими высокие уровни корреляции с факторами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость в группе лиц с низким уровнем психологического здоровья – устойчивости.

Наша интерпретация полученных по настоящему исследовательскому фрагменту результатов заключается в том, что сама по себе степень рисков цитируемых факторов не абсолютна и зависит от влияния, которое они оказывают на универсальную систему риска – устойчивости, идентифицированную при настоящем комплексном исследовании. Если по каким-либо причинам такое деструктивное влияние существенно ослаблено или компенсировано (например, за счет активного эволюционного или форсированного развития свойств психологического здоровья – устойчивости), то значения приписываемых данным факторам рисков стремятся к нулю. Важность данного вывода трудно переоценить, поскольку именно в нем заключается научная основа обновленного доктринального подхода и аргументация необходимости изменения системы приоритетов: от фокусирования на многочисленных и второстепенных факторах риска по отдельным профилям социальных эпидемий, на труднодостижимых резуль-



татах по блокированию данных рисков – к системе эффективного взаимодействия с универсальными факторами риска – устойчивости и оправданным акцентом на форсированное развитие данных свойств.

3.1.4 Идентифицированная система универсальных факторов риска – устойчивости, в силу их общей принадлежности к психологическим характеристикам субъекта, явилась стержнем разработанной в рамках настоящего комплексного исследования функциональной концепции психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

Обоснованность использования термина «функциональная» связана с прагматической направленностью основных концептуальных узлов, положений, разрабатываемых подходов, обеспечивающих возможность интенсивного технологического и инструментального «выхода» и далее – масштабного инновационного внедрения.

Краткое описание основных блоков разработанной концепции – содержательного (презентирующего наиболее существенные характеристики идентифицированных универсальных факторов риска – устойчивости), системно-динамического (демонстрирующего принципы интеграции идентифицированных свойств в психологические структуры следующего порядка – потребностные уровни и циклы их реализации, ресурсные личностные статусы, формирующие в итоге общую интегративную функцию, обеспечивающую устойчивость и безопасность субъекта в агрессивной среде), результирующего (представляющего основные теоретические выводы и перспективы практического использования основных концептуальных разработок) – приводятся ниже.

3.1.4.1 Содержательный блок, включающий краткую характеристику идентифицированных факторов психологического здоровья – устойчивости и их онтогенетической динамики, сводится к следующему.

*Личностная идентификация* – одна из основных интегративных психологических характеристик, описанных известным американским психологом Э. Эриксоном (1959). Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени человек должен четко представлять себе ответы на вопрос, кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы должны исходить из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не повторять навязанные извне сценарии-стереотипы, пусть и социально одобряемые. Перед субъектом, полноценно завершившим этап личностной идентификации (чему в немалой степени способствует адекватная стимулирую-

ющая активность основных агентов развития в период прохождения первых 4-х жизненных кризисов по Э. Эриксону), появляется отчетливая перспектива собственного жизненного пути, по которому его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Следовательно, в процесс последующего становления и достижения целей будут включаться более мощные психологические ресурсы, обеспечивающие и более высокую вероятность полноценного удовлетворения потребностного цикла. Соответственно, вероятность поиска и нахождения «коротких путей к счастью» за счет употребления ПАВ или специальных психотехнологий, практикуемых деструктивными организациями, у такого человека будет существенно более низкой.

*Позитивный, идентификационный жизненный сценарий* – данное свойство, являющееся, по определению, идентификационной характеристикой личности, выделяется нами в отдельную характеристику психологического здоровья – устойчивости в соответствии со всеми принятыми методологическими критериями (см. раздел 2). Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс личностной идентификации – 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного процесса конструктивный жизненный сценарий может находиться на стадии разработки и окончательно сложиться только к возрасту 19-21 года. К этому времени человек должен знать ответы на вопрос о том, что ему нужно делать для исполнения своих главных, идентификационных устремлений и желаний. Конструктивный жизненный сценарий, в данном случае – глубинное и устойчивое образование, спаянное с ядром личности. Такой сценарий полярно различается с мимолетными намерениями и личностными планами, за которыми обычно не следуют соответствующие решения и действия (наличие адекватных решений, реализуемых в энергичных, целенаправленных действиях субъекта, являются основным отличительным признаком рассматриваемого свойства). Другой отличительный признак – существенное снижение уровня базисной тревоги и поисковой активности субъекта, порожденных ситуацией неопределенности в отношении основных конструктов (сценариев), координирующих бытие современного человека. Таким образом, позитивный жизненный сценарий, проистекающий из личностного ядра субъекта, завершившего процесс полноценной идентификации, выполняет важнейшую функцию базисной системы координат и обеспечивает: устойчивое продвижение в реализации намеченных целей, чувство деятельностного удовлетворения, эмоциональный комфорт, существенное повышение качества жизни субъекта, что в совокупности достаточно на-

дежно профилирует риски формирования адаптационных нарушений со всеми вытекающими отсюда последствиями.

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

рение от воплощения того плана, в пользу которого было принято ответственное решение. «Я сделал свой выбор, твердо стоял на своем и в результате оказался прав» – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, обеспечившего безопасность своего жизненного пути и получающего деятельностное удовлетворение от избранной жизненной позиции.

*Качество внутреннего локус-контроля* – данное свойство личности (интернальности - экстенальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Роттером (1947). Характеристики локус-контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно, решение о необходимости такого рода активности исходит от личности с оформленной мета-позицией внутреннего локус-контроля. Данное качество формируется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует развитие таких свойств личности, как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Субъект с развитым качеством внутреннего локус-контроля полностью осознает, что только он сам несет ответственность за всё то, что происходит с ним в жизни. Данная мета-позиция повышает шансы на существенное улучшение качества жизни индивида в том случае, если его не устраивают существующие кондиции, за счет имеющихся инструментов индивидуального и социального развития. Изменить что-либо в себе или хотя бы признать необходимость таких изменений – уже реальный шаг в сторону развития, прелюдия к поиску профессиональной или иной конструктивной помощи и поддержки. Таким образом, сформированное качество внутреннего локус-контроля существенно повышает вероятность разворота личности в сторону долговременных, соответствующих идентификационным целям, информационных и психологических ресурсов. И профилирует, таким образом, неосознаваемый поиск «коротких путей к счастью», связанных с патологической адаптацией.

*Психологические ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария*, – данные свойства личности, с одной стороны, являются интегрирующими и включающими вышеназванный перечень наиболее существенных личностных характеристик (этот достаточно понятный аспект в данном случае можно оставить без комментариев), с другой – содержит следующие специфические характеристики, являющиеся основой для формирования соответствующих профилактических и терапевтических мишеней: 1) проработанная базисная стратегия с акцентом на синергию (сотрудничество), открытая к изменениям, облегчающая быстрое усвоение информации, поступающей по различным каналам, а также – генерацию новых, актуальных информационных блоков. Первоосновой данной характеристики являются базисные свойства доверия

(1 год), автономности - уверенности (2-3 года), трудолюбия (5-12 лет); завершение формирования, в норме, происходит к 18-20 годам; 2) наличие проработанного ресурсного личностного статуса (Я-ресурсный), актуализирующегося в моменты адаптационного напряжения и способствующего прохождению таких периодов в режиме стресс-серфинга, с максимумом приобретений и минимумом потерь. Первоосновой формирования данной характеристики являются базисные свойства инициативы (3-6 лет), трудолюбия-ответственности (5-12 лет); завершение формирования отмечается к 18 годам; 3) наличие необходимого объема знаний – умений – навыков, достаточных для реализации своих жизненных и профессиональных планов. Данные характеристики формируются в течение всей жизни, но особенно интенсивно – до 23-летнего возраста. Специально следует отметить, что в данной комбинации ресурсных характеристик приоритет отводится группе креативно-пластических ресурсов, обеспечиваемой синергетической стратегией поведения и активным сотрудничеством субъекта с внешними агентами развития и внутренними ресурсными инстанциями психического. Потенциал стереотипных психологических ресурсов, биологических адаптационных характеристик может быть в существенной степени увеличен за счет актуализации данной приоритетной группы креативно-пластических ресурсов. Сама по себе ресурсная достаточность субъекта надежно профилирует поисковое поведение в сторону сверхбыстрых, потенциально-патологических источников энергии и эмоционального комфорта.

*Адекватная информированность об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным идентификационным жизненным сценариям, – наиболее удаленное от ядра личности психологическое свойство, имеющее, тем не менее, прямое отношение к личностным реакциям, определяющим вектор поведения субъекта по отношению к агрессивным воздействиям среды. Данное свойство следует отличать от характеристики стереотипных знаний, поименованных в предыдущей позиции ресурсной достаточности субъекта. Существенная разница заключается в том, что адресация такого рода специально организованной информации к идентификационным сценариям и сформированным на этой основе ценностным установкам «запускает» механизм сценарного конфликта с возможными альтернативами деструктивного свойства. Именно в этих обстоятельствах последние идентифицируются как чужеродные и агрессивные по отношению к укорененным, личностным ценностям. Таким образом реализуется технология «информационной прививки», блокирующая возможное поисковое поведение субъекта с риском вовлечения в социальные эпидемии.*

Наиболее полно и системно сценарии формирования анализируемых личностных свойств описаны Э. Эриксеном (1959) в следующих возрастных рамках и полярных вариантах прохождения жизненных кризисов – ключевых этапов становления идентичности:

1) в первый год жизни у ребенка формируется базисное *доверие* (конструктивный сценарий) или *недоверие* (деструктивный сценарий) к основным агентам со-бытия;

2) в возрасте от 1 года до 3-х лет формируются такие характеристики, как *автономность, уверенность* (конструктивный сценарий) или *сомнение, стыд* (деструктивный сценарий);

3) в возрасте от 3-х до 6 лет формируется *инициатива* (конструктивный сценарий) или чувство *вины и скованность* (деструктивный сценарий);

4) в возрасте от 6 до 12 лет формируются *трудолюбие, ответственность* (конструктивный сценарий) либо чувство *неполноценности, избегание сложностей* (деструктивный сценарий);

5) в возрасте от 12 до 18 лет завершается личностное *самоопределение, идентификация* (конструктивный сценарий) либо формируются *недифференцированность, серость, конформизм* (деструктивный сценарий);

6) в возрасте от 18 до 25 лет формируется *инициатива, общительность, открытость* (конструктивный сценарий) или *изоляция, отклонение в психике* (деструктивный сценарий);

7) в возрасте от 25 до 64 лет формируется *творчество, передача опыта следующим поколениям* (конструктивный сценарий) или *застой, эгоцентризм, непродуктивность, инвалидизация* (деструктивный сценарий);

8) в возрасте после 64 лет формируется *целостность, принятие жизни, смирение* (конструктивный сценарий) либо *отчаяние, переживание бессмысленности жизни* (деструктивный вариант прохождения жизненных кризисов).

Среди разнообразных факторов, имеющих отношение к формированию конструктивного либо деструктивного сценариев личностного развития, обычно выделяют особую роль родительско-детских отношений и внутрисемейных правил, роль основных агентов развития.

В нашем варианте вышеприведенная схема полярных сценариев личностного развития по Э. Эриксону существенно расширяется на этапе описания 5-го жизненного кризиса (возраст 12-18 лет), на котором, помимо завершения личностной идентификации, должны быть сформированы и другие личностные свойства, обеспечивающие функцию устойчивости субъекта к вовлечению в социальные эпидемии.

3.1.4.2 Исследованные психологические свойства – характеристики личности – складываются в функциональные блоки следующего порядка, обеспечивающие высокий уровень адаптации субъекта в агрессивной среде.

Первый функциональный блок дополняет схему иерархии индивидуальных потребностей А. Маслоу (1954), в традиционном варианте включающую 5 потребностных уровней – физиологические, безопасности, принадлежности и любви, уважения, самоактуализации. В нашем случае к поименованным иерархическим уровням добавляется еще и 6-й уровень – потребность в эффективной самоорганизации. Данный уровень достаточно четко дифференцируется от предшествующего потребностного уровня – самоактуализации – прежде всего за счет оригинального содержания и вполне осознаваемого характера манифестации этого нового класса потребностей. Кроме того, по нашим данным, деятельностное удовлетворение потребностей в эффективной самоорганизации существенным образом меняет пирамидальную иерархическую конструкцию А. Маслоу. Т.е. развитие ситуации теперь можно представлять следующим образом: 1) вследствие адекватного развития поименованных универсальных свойств актуализируются потребности в эффективной самоорганизации субъекта; 2) далее, данный потребностный уровень полноценно удовлетворяется, что и является ключевым моментом обретения осознанной не-зависимости от возможных «атак» нижележащих (в онтогенетическом плане) уровней; 3) т.е. с этого момента основанием конструкции является перевернутая пирамидальная вершина 6-го потребностного уровня, поскольку именно этот, новый класс потребностей определяет поведение субъекта и выстраивает обновленную иерархию (новый порядок) актуальных потребностей других уровней; 4) таким образом, общую конфигурацию актуальных потребностей человека, складывающуюся после ключевого перехода к 6-му уровню, можно представить знаком «X», где основанием будет пирамидальный сектор потребностей в самоорганизации, а продолжением – расходящиеся грани перевернутого классического треугольника (по А. Маслоу), где уровни организации традиционных потребностей меняются на иной системный принцип, соответствующий идентификационной сущности самоорганизованного человека; 5) данная конфигурация обладает существенно более высокой степенью устойчивости в агрессивной среде, поскольку эффективно профилактирует осознаваемые и неосознаваемые поиски «коротких путей к счастью» со всех возможных направлений.

Идентифицированные нами алгоритмы (деструктивный и конструктивный) реализации потребностного цикла субъекта дополняют концеп-

цию потребностных циклов в аспекте формирования патологической зависимости (Валентик Ю.В., 1998). Проведенные исследования позволили уточнить, что в данном случае речь идет не столько о способах разрядки блокированной энергии, «скопившейся» в результате нереализованных потребностей, сколько о формировании чаще неосознаваемого ресурсного запроса у субъекта, находящегося в состоянии адаптационного кризиса, и возможности сверхбыстрого удовлетворения такого запроса за счет употребления ПАВ и деструктивных психотехнологий. При этом было показано, что при формировании патологической зависимости имеет место определенная последовательность событий: 1) формирование дефицита свойств психологического здоровья – устойчивости, приводящего к слабости интегративной функции самоорганизующего, целенаправленного поведения и дезорганизации соответствующих мотивационных структур; 2) манифестация адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации, блокирующего и без того дефицитарную функцию самоорганизации; 3) актуализация чаще неосознаваемого ресурсного запроса, направленного в сторону «короткой дороги к счастью», прохождение которой связано с употреблением ПАВ и реализацией специальных психотехнологий измененного сознания; 4) удовлетворение запроса на сверхбыстрый ресурсный доступ с высокой вероятностью формирования химической либо деструктивной психологической зависимости – патологических форм адаптации субъекта. В данном случае имеет значение практически идеальное совпадение характера неосознаваемого ресурсного запроса с уникальным комплексом свойств, присущих психоактивным веществам, и деструктивными психотехнологиями – и те и другие являются адаптогенами сверхбыстрого действия, универсальными заместителями нереализованных потребностей, эффективными протекторами «чудесного» появления желаемых личностных свойств или форм поведения, успешными блокираторами негативной эмоционально заряженной памяти (в том числе памяти о пережитой физической и душевной боли). Повторный прием ПАВ, кроме того, устраняет последствия предшествующей интоксикации. Какие-либо упрощенные представления о взаимодействии этих двух составляющих рассматриваемого потребностного цикла вряд ли приведут к искомым результатам. В то же время, на основании отмеченных закономерностей, понятно, что соответствующие профилактические программы должны быть представлены как «дальними», так и «ближними» подходами, первые из которых направлены на преодоление дефицита в системе универсальных факторов риска – устойчивости, а вторые – на разработку и масштабную реализацию технологий экспресс-психотерапевтической помощи.



Идентифицированный личностный статус – Я-ресурсный/ая, – актуализирующийся в момент адаптационного напряжения и способствующий прохождению кризисных этапов в режиме стресс-серфинга, дополняет концепции Э. Берна (1979), Р. Ассаджиоли (1965), Ю.В. Валентика (2002) о структуре личности, субличностях, универсальных нормативных личностных статусах. В приведенных выше теоретических построениях такого рода необходимые, с нашей точки зрения, личностные концепты, обосновывающие возможность эффективной самоорганизации субъекта в условиях агрессивной среды, не дифференцируются и не рассматриваются. В то же время нашими исследованиями были продемонстрированы: во-первых, возможность терапевтической диссоциации (растождествления по Р. Ассаджиоли) рассматриваемого личностного статуса; во-вторых – исключительная важность внутреннего диалога диссоциированных личностных статусов Я-ресурсный/ая – Я-нуждающийся/щаяся в помощи и поддержке, крайне желательного в острой кризисной ситуации, когда возможности оказания экстренной психотерапевтической помощи отсутствуют; в-третьих, по результатам ретроспективного анализа в исследуемых группах было показано, что спонтанные диалоги такого рода в кризисной ситуации – не столь уже редкое явление, и что «ценой» такой своевременной терапевтической диссоциации иногда выступает спасенная человеческая жизнь; наконец, в-четвертых, – возможность форсированной проработки обсуждаемого ресурсного личностного статуса в терапевтических и тренинговых технологиях и его актуализации в режиме стресс-серфинга. В нашем случае данная идентифицированная личностная характеристика встраивается в систему универсальных факторов риска – устойчивости (свойство достаточности психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария).

Идентифицированная таким образом система функциональных структур следующего порядка, как понятно из всего сказанного, является психологической матрицей, необходимой для формирования крайне важной интегративной функции психики, обеспечивающей: 1) эффективную самоорганизацию; 2) устойчивость; 3) безопасность человека в агрессивной среде. Данная интегративная функция, отслеживаемая на всех этапах ее становления, является главной мишенью для разрабатываемых инновационных профилактических и терапевтических воздействий.

3.1.4.3 Главный теоретический вывод, который следует из основных положений концепции психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, заключается в том, что в условиях агрессивной (и все более ухудшающейся в этом смысле) среды абсолютным

приоритетом в системе интегрального здоровья человека является уровень его психологического здоровья. Соответственно, в системе доминирующего био-психо-социального подхода таким приоритетом должны являться компоненты эффективного психологического воздействия на идентифицированные универсальные мишени. Так, проведенный нами в рамках настоящего комплексного исследования анализ системного доктринального и институционального дефицитов в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий убедительно показал, что на сегодняшний день в качестве единственной актуальной альтернативы утрачиваемым саногенным механизмам может выступать лишь самоорганизующая активность человека. Основным предметом такого рода активности – форсированное развитие адаптационных способностей, обеспечивающих не только выживание, но и высокое качество жизни, эффективное социальное функционирование в агрессивной информационной и биологической среде.

Далее, на основании проведенных нами исследований можно считать полностью доказанным тот факт, что такого рода целенаправленная самоорганизующая активность, в частности приверженность к так называемому здоровому образу жизни, не является самодостаточным или изолированным свойством человеческой психики. Наличие данных характеристик у субъекта есть следствие общего высокого уровня развития у него свойств психологического здоровья – устойчивости и гарантия того, что сформированная таким образом мета-позиция не изменится под давлением времени и обстоятельств.

В связи со всем сказанным, в рамках разработанной концепции нами предлагается следующее функциональное уточнение к известному определению здоровья, данному Всемирной Организацией Здравоохранения в 1958 году (т.е. в то время, когда обсуждаемые деструктивные социальные процессы еще не имели отчетливых эпидемических признаков) – состояние полного физического, психического и социального благополучия при отсутствии болезней и физических дефектов:

- функциональное уточнение к соматическому компоненту интегрального здоровья – способность присутствовать и функционировать в реальности в качестве полноценного биологического субъекта;

- функциональное уточнение к психическому компоненту интегрального здоровья – способность к адекватному восприятию, взаимодействию с реальностью в качестве полноценного субъекта;

- функциональное уточнение к приоритетному психологическому компоненту интегрального здоровья – способность к эффективной само-

организации, обеспечивающей адекватную адаптацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде.

Приведенные функциональные уточнения, во-первых, ориентированы на перспективу эффективного преодоления или компенсации утрачиваемых саногенных механизмов, рассматривая поименованные компоненты интегрального здоровья как потенциальные способности, которые нужно развивать. Во-вторых, общая способность к эффективной самоорганизации, в частности к развитию первых двух компонентов интегрального здоровья, адресуется к третьему, приоритетному компоненту психологического здоровья, что адекватно и созвучно с реалиями сегодняшнего дня.

Основным практическим выходом разработанной функциональной концепции психологического здоровья являются:

- возможности полноценной компенсации доктринального дефицита в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий, связанной с новым пониманием здоровья и способов его активного формирования в современном мире;

- возможности активной методологической перестройки научно-практических дисциплин, имеющих непосредственное отношение к проблеме социальных эпидемий: аддиктологии, наркологии, психотерапии, практической психологии, а также соответствующих служб, действующих в системе здравоохранения и образования;

- перспективы существенного обновления совокупности универсальных и специфических мишеней – основных точек приложения и фокуса профессиональной активности специалистов – аддиктологического, наркологического, психотерапевтического, психологического профилей, действующих в системе здравоохранения и образования;

- перспективы существенного расширения ассортимента диагностических, профилактических, развивающих, терапевтических и реабилитационных технологий, используемых в сфере противодействия распространению социальных эпидемий.

Таким образом, с разработкой научно обоснованной концепции психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии у специалистов, действующих в данной сфере, появляются адекватные инструменты воздействия на деструктивные социальные процессы с перспективой установления приемлемого уровня контроля.

### ***3.2 Универсальные механизмы вовлечения в социальные эпидемии***

В ходе реализации 1-го этапа комплексного исследовательского проекта нами проводился углубленный критический анализ и в отношении

главного гипотетического тезиса настоящего раздела, содержащего допущение того, что в основе перехода от локальных (т.е. ограниченных по масштабам и темпам распространения) к эпидемическим (с тенденцией к беспрецедентному росту масштабов и темпов распространения) характеристикам исследуемых социальных процессов лежит особый тип взаимодействия так называемых мутагенных цивилизационных факторов.

3.2.1 Авторство термина «мутированный мир» принадлежит Клаусу Швабу – основателю Давосского экономического форума. В нашей интерпретации мутагенные цивилизационные факторы – это те научно-технические открытия, социальные достижения и целенаправленная активность действующих общественных и иных институтов, которые необратимо и коренным образом изменили условия жизнедеятельности современного человека. Другим отличительным признаком мутагенных цивилизационных факторов является наличие интенсивного многовекторного воздействия на социальную, информационную и биологическую среду: прогнозируемого позитивного вектора воздействия, который и является главным аргументом для масштабного использования соответствующей технологии или социального опыта; прогнозируемого негативного вектора воздействия, который является основанием для введения ограничивающих правил; непрогнозируемого негативного вектора воздействия, последствия которого в полной мере проявляются лишь в среднесрочной и долгосрочной перспективах; потенциально-позитивного вектора воздействия, идентификация и апробация которого возможны в контексте обновленного доктринального подхода.

Среди основных мутагенных цивилизационных факторов мы выделяем следующие:

– кардинальное изменение способов регулирования индивидуального и социального здоровья с масштабным использованием технологий протезирования утрачиваемых компонентов здоровья (вакцинация, антибактериальная терапия, фармакотерапия, хирургические интервенции и др.); непрогнозируемый негативный вектор воздействия данного фактора связан с деградацией естественных саногенных механизмов, снижением адаптационного потенциала у каждого последующего поколения, формированием осознаваемого и неосознаваемого ресурсного запроса и поискового поведения в сторону его сверхбыстрого удовлетворения у существенной части населения;

– беспрецедентные темпы развития легальной, полукриминальной и криминальной индустрии, ориентированной на удовлетворение растущего ресурсного запроса за счет производства и доставки до потребителя

адаптогенов сверхбыстрого действия – химических или психологических эрзацев требуемого ресурсного статуса; негативный вектор воздействия в данном случае связан с формированием патологической зависимости, в сравнительно короткие сроки приводящей к инвалидизации и преждевременной смерти, а также с тем обстоятельством, что сформированный на волне первичного спроса на ресурсы сектор криминальной индустрии становится самостоятельным агентом, активно стимулирующим вторичный спрос на адаптогены ультрабыстрого действия и генерирующим соответствующую потребительскую культуру; данный сектор, с одной стороны, активно сращивается с легальной индустрией развлечений, криминализируя эту обширную и важную сферу человеческой жизнедеятельности, а с другой – участвует в теневой геополитической игре, последствия которой становятся все менее предсказуемыми и более опасными;

– беспрецедентные темпы развития и масштабы использования манипулятивных технологий, главный негативный вектор воздействия которых связан с возрастанием степени агрессивности информационной среды, увеличением разрыва между требуемым и реальным уровнем социальной устойчивости к такого рода давлению, а также с тем обстоятельством, что за счет использования данных технологий актуализируется ресурсный запрос, стимулируется поисковая активность субъекта в сторону добывания патологического адаптогена быстрого действия со всеми вытекающими отсюда последствиями;

– кардинальное изменение способов и объемов коммуникативной деятельности современного человека за счет использования каналов мобильной связи, телевидения, Интернета; непрогнозируемый негативный вектор воздействия данного, наиболее мощного мутагенного цивилизационного фактора связан не только с беспрецедентным расширением доступа к манипулятивной информации и, соответственно, тиражированием рисков вовлечения в социальные эпидемии, но также и с формированием таких специфических форм деструктивного поведения, как кибер-терроризм, кибер-экстремизм, формирование компьютерной зависимости; специально следует отметить и то обстоятельство, что масштабное использование современных средств электронной коммуникации приводит к размыванию традиционного идеоматического пространства, выполняющего функцию ограничителя и регулятора поисковой активности субъекта;

– кардинальное изменение ситуации и подходов, используемых в сфере геополитики, где появляются новые агрессивные игроки с теми же возможностями продвижения своих идей, экстремистских устремлений и глобализации влияния, которые вплоть до 70-х годов прошлого века имели

лишь отдельные государства. В данной сфере совершается подлинная и нигде не афишируемая революция в плане использования технологий управляемого социального хаоса. Такого рода технологии связаны с актуализацией и направлением в нужное русло имеющегося у существенной части населения ресурсного запроса, с выводимым отсюда вполне предсказуемым повышением уровня адаптационного напряжения и вероятностью социального взрыва. Соответственно, в ситуации индуцированного хаоса гораздо легче устанавливать новый социальный порядок, отвечающий интересам основного заказчика. Такого рода глобальная, как в смысле охватываемого пространства, так и в отношении используемого арсенала средств, геополитика, в свою очередь, стимулирует развитие манипулятивных психотехнологий, подпитывает индустрию производства нелегальных психоактивных веществ с понятными перспективами такого рода деятельности;

– исключительно важное самостоятельное значение имеет негативный аспект взаимодействия рассматриваемых мутагенных цивилизационных факторов, приводящий к серьезной деформации таких фундаментальных параметров порядка, как власть и свобода. Т.е. в последние годы имеет место ситуация, когда за фасадом внешне привлекательных и повсеместно декларируемых достижений по расширению возможностей информационного выбора, предоставляемых глобальным интернет-пространством, возможностей выбора власти, предоставляемых демократическими режимами, разворачиваются процессы сужения поля функциональной активности и секторальной стагнации обсуждаемых универсальных инструментов социального развития. Фактически это означает, что в условиях существующего манипулятивного прессинга у все более расширяющегося сектора населения с характеристиками низкого уровня устойчивости к агрессивному влиянию среды возможность свободного выбора подменяется псевдovyбором. Что же касается попыток действующих властей по обеспечению информационной безопасности через введение института цензуры, то такие попытки лишь ограниченно эффективны вследствие диверсификации каналов связи, высокой активности генераторов манипулятивной информации, сложностей с оперативным проведением необходимой гуманитарной экспертизы.

3.2.2 Проведенное исследование позволило уточнить функциональный вклад каждого анализируемого мутагенного цивилизационного фактора и общую последовательность событий, приводящих к «цепной реакции» активизации эпидемического процесса.

Так, фактор используемых медицинских подходов и технологий в данном случае выполняет функцию генерации осознаваемого и неосознава-

емого ресурсного запроса у существенной и все более увеличивающейся части населения.

Фактор активности специфических социальных групп и группировок (в том числе криминальных), использующих любые средства для достижения значимых для них целей, выполняет функцию дополнительного стимулирования и удовлетворения данного запроса за счет производства и доставки до потребителя химических и деструктивных психологических адаптогенов сверхбыстрого действия.

Технологический фактор (информационные сети и манипулятивные технологии) выполняет функцию катализатора роста специфического потребительского спроса и размывания запретительных культуральных барьеров.

Фактор стагнации инструментов власти – свободы, формируемый за счет взаимодействия всех вышеперечисленных мутагенных цивилизационных факторов, в конечном итоге, выполняет функцию изоляции существенной части общества от главных инструментов развития и противодействия процессу вовлечения в социальные эпидемии.

Общий и постоянно нарастаемый прессинг всех перечисленных факторов, многократно превосходящий противодействующую активность разобщенных социальных институтов, выполняет общую функцию генерализации деструктивных социальных процессов, обозначенных нами как «социальные эпидемии».

3.2.3 Далее, нами была идентифицирована универсальная последовательность этапов в формировании патологической адаптации у населения, вовлекаемого в эпидемический процесс:

1) в условиях «мимо-действия» доминирующих технологий регулирования уровней индивидуального и социального здоровья формируются исходные дефициты свойств устойчивости к агрессивному влиянию среды;

2) в условиях продолжающегося агрессивного давления формируется адаптационное напряжение, манифестируют адаптационные расстройства с признаками синдрома деморализации;

3) в этих же условиях происходит формирование чаще неосознаваемого ресурсного запроса с манифестацией поискового поведения;

4) в условиях агрессивного информационного прессинга, канализирующего поведение субъекта в сторону добывания патологических адаптогенов, манипулятивной обработки с размыванием ограничительных культурных и социальных барьеров, имеет место реализация поискового поведения субъекта;

5) в условиях агрессивно-манипулятивной рекламы, насыщения и перенасыщения теневого потребительского рынка широким ассортиментом патологических адаптогенов, агрессивного сетевого маркетинга происходит реализация ресурсного запроса за счет употребления химических либо деструктивно-психологических адаптогенов быстрого действия, с подкреплением мотивации поиска и нахождения «коротких путей к счастью»;

6) в условиях продолжающейся манипулятивной активности, направленной на вовлечение субъекта в деятельность сетевых структур по распространению соответствующего продукта, формируется химическая либо деструктивная психологическая зависимость с полным переключением на стереотипы патологической адаптации, развитием специфического симптомокомплекса, характеризующего зависимый статус субъекта;

7) исходный этап, на котором зависимый субъект оказывается в ситуации абсолютного социального проигрыша в смысле утраты статуса, связей, средств, поражением в правах (в случае вовлечения в криминальную деятельность), признаков соматического неблагополучия (в случае химической зависимости), реализуется в условиях снижения манипулятивной активности, поскольку субъект как источник средств или активный агент по распространению соответствующей идеологической продукции становится неактуален и, следовательно, неинтересен стержневой бизнес-структуре.

В силу всего сказанного – очевидности нанесенного вреда и ослабления практики манипулятивного воздействия – на данном этапе чаще всего и происходит обращение субъекта за профессиональной помощью в преодолении патологической зависимости.

3.2.4 Интерпретация полученных по настоящему исследовательскому фрагменту результатов, проводимая с опорой на интегральные смыслы, развертываемых во времени анализируемых событий, позволяет утверждать следующее.

Современные социальные эпидемии вполне аргументированно и обоснованно могут рассматриваться как «флаги» нигде не афишируемого процесса замены естественных саногенных механизмов (в первую очередь механизма естественного отбора) на искусственные – цивилизационные, с катастрофическим запаздыванием последних. Недалековидные, ущербные стратегии, используемые для искусственного регулирования уровней индивидуального и социального здоровья, при всей их привлекательности и неоспоримой эффективности в отношении снижения смертности в результате инфекционных заболеваний, росте продолжительности и качества жизни с хроническими заболеваниями, в долговременной перс-



пективе приводят лишь к тому, что уровень устойчивости населения ко всё более агрессивному воздействию среды прогрессивно снижается. А углубляющаяся пропасть между требуемыми и наличествующими уровнями устойчивости современного человека заполняется патологическими адаптогенами быстрого действия.

Проведенный нами анализ показывает, что основные дивиденды из этой, вне всякого сомнения, глубокой кризисной ситуации получают криминальные или полукриминальные структуры, теневые политики и воинствующие радикалы всех мастей.

Однако в данной ситуации могут и должны быть получены дивиденды совершенно другого рода – тщательно подготовленные прорывы в общей идеологии и технологиях эффективной индивидуальной и социальной самоорганизации, полностью компенсирующих утрату естественных саногенных механизмов и открывающих новые перспективы жизнедеятельности человека в современном мире.

Такого рода идеологические и технологические прорывы могут быть адекватно подготовлены в том числе и за счет использования разработанного методологического базиса – концепции мутагенных цивилизационных факторов, которая, с нашей точки зрения, обладает рядом преимуществ:

- сам по себе анализируемый цивилизационный процесс замены естественных саногенных механизмов на искусственные в данной концепции может рассматриваться как мутагенный мета-фактор, который, во-первых, обладает полным набором характерных идентификационных признаков и векторов воздействия (так, например, процесс распространения социальных эпидемий в данном контексте интерпретируется как непрогнозируемый негативный вектор воздействия рассматриваемого мутагенного цивилизационного мета-фактора); во-вторых, объединяет идентифицированные мутагенные факторы в систему, внятно объясняющую специфику и последовательность развертывания исследуемого эпидемического процесса; в-третьих обосновывает общую перспективу преодоления системного кризиса в сфере противодействия социальным эпидемиям;

- идентифицированные схемы взаимодействия анализируемых фактов, алгоритмы вовлечения населения в эпидемический процесс имеют универсальный характер, применимый ко всем типам социальных эпидемий;

- на всех этапах разработки концепции мутагенных цивилизационных факторов подтверждена особая значимость общей «точки приложения» схемы взаимодействия данных факторов – характеристик индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в деструктивные эпиде-

мии, которые, в нашем случае, выступают в качестве универсальных мишеней для эффективного профилактического воздействия;

– разработанная концепция фокусируется на реальную возможность актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия рассматриваемых цивилизационных факторов, с разворотом общего направления их активности от полюса генерации рисков и фактов вовлечения в социальные эпидемии к полюсу активного формирования индивидуальной и социальной устойчивости.

### ***3.3 Анализ системного дефицита в сфере противодействия социальным эпидемиям***

В ходе реализации второго этапа комплексной исследовательской программы нами проводился анализ системного дефицита в сфере противодействующей активности по каждому идентифицированному типу социальных эпидемий: расстройства адаптации с признаками синдрома деморализации; химическая зависимость (алкоголизм, наркомания); вовлечение в деструктивные секты; вовлечение в экстремистские организации; игромания; компьютерная зависимость.

Комплексный анализ проводился по двум направлениям. Первое направление предусматривало исследование и экспертную оценку каждого вида эпидемий по следующим стандартным параметрам: 1) основные дефиниции и характеристики предметной сферы; 2) оценка распространенности (масштабы и динамика); 3) вредные для индивида последствия; 4) оценка социального ущерба; 5) механизмы вовлечения; 6) способы социального противодействия; 7) общая оценка эффективности социального противодействия, выводимая с помощью такого инструмента, как шкала уровней контроля в сфере распространения социальных эпидемий.

Всего по данному направлению было проанализировано 4830 источников с характеристиками рассматриваемых видов социальных эпидемий.

Второе направление предусматривало исследование действующих доктринальных установок (объясняющая научная система) и подходов, доминирующих в рассматриваемой сфере, по содержательным параметрам и уровням дисциплинарной матрицы – инструмента по изучению системной целостности методологических подходов (см. п. 2.8.2).

Идентификация системного дефицита проводилась по первым четырем уровням дисциплинарной матрицы.

Далее, на основании проведенного анализа были сформулированы обновленные доктринальные установки, учитывающие специфику и основные закономерности процесса распространения социальных эпидемий (задача 2).

3.3.1 В результате реализации настоящего исследовательского фрагмента были идентифицированы следующие характеристики системного дефицита в рассматриваемой сфере:

3.3.1.1 По первому уровню дисциплинарной матрицы (определяющему принадлежность рассматриваемых дисциплин областей знаний к какому-либо ареалу науки, а также общие подходы к исследовательской программе) было установлено, что полный перечень научных направлений, имеющих прямое или косвенное отношение к проблематике социальных эпидемий, весьма широк и включает как минимум три блока: философских, социально-гуманитарных и естественно-научных дисциплин, что, само по себе, предполагает множественность концептуальных установок и научных подходов к рассматриваемой проблеме, а также возможность и даже необходимость их системного синтеза.

Однако ни в рамках общих научно-практических направлений, имеющих косвенное отношение к проблеме социальных эпидемий (таких как социология, общая и социальная психология, экология, политология и др.), ни в рамках более узких дисциплин (таких как социальная психиатрия, аддиктология, наркология) каких-либо осмысленных попыток по идентификации общего системообразующего стержня в исследовательских подходах представлено не было.

Т.е. приходится констатировать, что проблема социальных эпидемий на первом уровне дисциплинарной матрицы, задающем весь строй и логику последующих рассуждений, даже и не рассматривалась. Между тем, уже то обстоятельство, что предметную сферу исследуемой проблемы представляют не только специфические факторы, так или иначе изучаемые поименованными дисциплинами, но и мета-факторы – процессы кризисного перехода от одних фундаментальных параметров порядка к другим – указывает на актуальность использования внедисциплинарных подходов (например, системного, синергетического) и, соответственно, на необходимость проработки первого матричного уровня.

3.3.1.2 По второму уровню дисциплинарной матрицы (уровень базисных научных теорий и концепций, на основе которых формируются наиболее общие доктринальные установки нижележащих предметных дисциплин – в нашем случае социальной психиатрии, аддиктологии, наркологии) нами были отмечены такие характеристики, как фрагментарность предметной сферы, очевидная слабость методологических подходов в отношении наиболее острых и проблемных вопросов. Так, например, несмотря на очевидную актуальность задачи, в последние десятилетия так и не была разработана адекватная теория индивидуального и социального

здоровья, отвечающая современным реалиям. В русле психологической науки не была сформулирована научно обоснованная концепция устойчивости субъекта к агрессивному воздействию среды.

Базисная доктрина охраны здоровья, сформулированная на основе обозначенных научных дисциплин, была (и до сих пор остается) ориентирована на линейную взаимозависимость уровней здоровья человека от биологических (экологических) и психосоциальных условий, в которых функционирует та или иная часть социума. Главным идеологическим стержнем данной доктрины является биопсихосоциальный подход, согласно которому основные усилия в деле обеспечения социального здоровья и благополучия должны направляться, в первую очередь, на улучшение экологической ситуации, снижение степени агрессивности среды, улучшение социальных условий жизни людей.

Между тем, на сегодняшний день абсолютно ясно, что единственный реальный, а не иллюзорный путь развития здоровья должен быть нацелен на форсированное развитие адаптационных способностей и свойств человека, осуществляющего свою жизнедеятельность именно в условиях агрессивной информационной и биологической среды. Т.е. первичным и наиболее важным звеном комплекса, обеспечивающего формирование искомым уровнем индивидуального и социального здоровья, должен являться феномен целенаправленной самоорганизующей деятельности субъекта и общества в целом, а не декларируемое и, к тому же, абсолютно нереальное в ближайшие годы и десятилетия существенное улучшение среды обитания. И только лишь неукоснительное следование обозначенному приоритету приведет, в конечном итоге, к тому, что ответственное и дееспособное общество сделает необходимые, точно выверенные шаги по формированию оптимальной экологической среды.

В связи со всем сказанным следует констатировать, что классическая идеология биопсихосоциального подхода, адекватная для первой половины XX века, с его нацеленностью на борьбу с эпидемиями инфекционных болезней, не была своевременно скорректирована в соответствии с реалиями сегодняшнего дня.

3.3.1.3 По третьему уровню дисциплинарной матрицы (уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций, выдвигаемых научно-практическими направлениями, имеющими непосредственное отношение к проблеме социальных эпидемий – социальная психиатрия, аддиктология, наркология) было установлено следующее. Собственно дисциплинарной концепции, адекватной подлинной специфике рассматриваемой проблемы социальных эпидемий, в рамках данных научно практических направлений

сформулировано не было. В этих условиях концептуальный дефицит был компенсирован стандартными установками биопсихосоциального подхода. При этом что первая составляющая данного подхода (био-) применительно к проблематике социальных эпидемий разработана недостаточно, а вторая (психо-) и третья (социо-), как уже говорилось выше, являются очевидно слабыми звеньями в силу общей методологической несостоятельности базисных дисциплин в отношении специфики рассматриваемых вопросов.

Соответственно, доктринальный ответ, формируемый в полной мере лишь на третьем уровне дисциплинарной матрицы, выстраивался на основе некритических заимствований тех приоритетов, подходов и технологий, которые используются в сфере противодействия биологическим эпидемиям и которые неадекватны специфике деструктивных социальных процессов, с понятными перспективами их общей эффективности.

3.3.1.4 Анализ системного дефицита, проводимый по четвертому матричному уровню (уровень актуального профессионального поля – знаний, умений, навыков профильных специалистов, действующих в рамках конкретных научно-практических направлений), показал, что в отсутствие адекватной, научно обоснованной концепции рассматриваемых деструктивных социальных процессов, система актуальных знаний, делегируемая профильным специалистам, представляется несостоятельной и в существенной своей части лишенной предметной специфики.

Так, система мишеней – ключевых характеристик, идентифицируемых в предметном поле соответствующих дисциплин для последующего целенаправленного воздействия, в данных условиях оказывается неполной. В качестве таких мишеней обычно выступают: патогенная социальная среда; патологические адаптогены, нелегальное производство которых по мере возможности пресекается; психопатологические синдромы, такие как синдром патологического влечения, синдром зависимости и др.; патологический личностный статус зависимых лиц (часто описываемый лишь как особенности реакций и поведения субъекта, находящегося в состоянии абстиненции), т.е. налицо упрощенная классика биопсихосоциального подхода. Вместе с тем, такие существенно важные статусные характеристики, как дефицитарность личностных свойств, обеспечивающих устойчивость в агрессивной среде, в контексте актуального профессионального поля наркологии, аддиктологии и, тем более, социальной психиатрии, не представлены.

Рекомендуемые технологии воздействия, в силу всего сказанного, представляются неадекватными, неспецифическими, недостаточными по ассортименту и качеству.

Существенно важным представляется и то обстоятельство, что специалисты аддиктологического профиля, в силу ложного понимания специфики процесса социальных эпидемий, часто оказываются неспособными оказать достойное сопротивление стигматизированному напору и обществу остракизму, проявляемому в отношении зависимых лиц.

Таким образом, общую ситуацию по настоящему матричному уровню в самом сжатом виде можно охарактеризовать как «мимопопадание», «мимodelание». Что, собственно, и объясняет отсутствие каких-либо заметных достижений в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий.

Резюмируя всё сказанное, следует отметить, что доминирующие в настоящее время доктринальные подходы, основанные на ретроспективной идеологии общих и специальных научных направлений, не дают внятного и обоснованного ответа на следующие ключевые вопросы:

- чем, в сущности, отличается один субъект, попадающий в зависимость в условиях агрессивной среды, от другого, который в этих же самых или даже еще более неблагоприятных условиях остается свободным, притом что уровень биологических рисков для обоих примерно равный или более высокий для второго субъекта;

- чем отличается один зависимый пациент, которого после прохождения стандартного курса лечения и реабилитации наверняка ждет рецидив, от другого, который после соответствующих курсов освобождается от зависимости и проживает жизнь без рецидивов, притом что биологические, психологические и социальные риски на старте были примерно равными или даже более высокими для второго субъекта;

- какие именно зависимые переменные (т.е. поддающиеся в краткосрочной и среднесрочной перспективах целенаправленному профилактическому и терапевтическому воздействию) являются наиболее специфическими для рассматриваемых типов деструктивных социальных процессов;

- какая профессиональная практика и какие организационные действия необходимы для того, чтобы количество первых субъектов в популяции постоянно уменьшалось, а вторых – увеличивалось.

### ***3.4 Новые доктринальные подходы и установки в сфере противодействия социальным эпидемиям***

Формирование доктринальных подходов и установок – весьма важный промежуточный этап в реализации комплексного исследовательского проекта, необходимый для адекватной разработки его экспериментальной части.

В контексте настоящего исследования обновленная доктрина эффективного противодействия процессу распространения социальных эпидемий выступает в качестве мета-гипотезы, дееспособность которой оценивается по результатам реализации экспериментальных задач проекта (задачи 7-10).

3.4.1 Разработка обновленных доктринальных подходов и установок проводилась на первом - втором этапах в рамках выполнения задач 2-4 комплексного исследовательского проекта. При этом основные методологические требования были следующими:

- всесторонний учет результатов критического анализа системного доктринального дефицита, проводимого по соответствующим уровням дисциплинарной матрицы;

- научная обоснованность основных теоретических положений, представляющих мета-концепцию социальных эпидемий и полностью компенсирующих системный дефицит первых 4-х уровней дисциплинарной матрицы;

- принципиальная выводимость противодействующих подходов и установок из объясняющей научной системы;

- доказательная эффективность разработанных подходов и установок, обеспечиваемая постоянным и продолжительным мониторингом ключевых индикаторов.

3.4.2 Основные характеристики объясняющей научной системы, в свете всего сказанного, следующие.

3.4.2.1 Наиболее адекватными для описания сложной динамики процесса становления и распространения социальных эпидемий является синергетический и системный научные подходы.

С позиции данных подходов человек и общество являются открытыми, сложными системами, находящимися в состоянии непрерывного информационного, энергетического и вещественного обмена со средой.

Степень устойчивости таких открытых систем регулируется определенными параметрами порядка, которые, в свою очередь, являются производными от сложных процессов становления и бытия системы. В нашем случае в качестве основного способа обеспечения устойчивости исходного параметра порядка рассматриваются естественные саногенные механизмы, обеспечивающие приемлемые уровни адаптации человека и социума к изменяющимся условиям среды.

Интенсивность и темпы таких внешних изменений могут быть весьма значительными и приводить к флюктуациям – колебаниям средних значений индикаторов, характеризующих параметры несущего порядка (в на-

шем случае – критериев соответствия реальных адаптационных характеристик субъекта и общества требованиям, предъявляемым агрессивной средой). Существенное значение для обеспечения устойчивости системы, сглаживания ее неоднородности имеют так называемые «зоны стока» – механизмы сброса избыточного напряжения, которые формируются в ходе становления и развития системы. Применительно к исследуемой проблеме «зоной стока» с полным основанием можно считать практику использования адаптогенов быстрого действия, которые появились и прижились в человеческой культуре, в первую очередь, как средство избавления от тяжелого дискомфорта.

Основную угрозу существующим параметрам порядка несут так называемые диссипативные факторы, обладающие мощным рассеивающим эффектом. В нашем случае такого рода факты (которые мы обозначили как мутагенные) атакуют исходный параметр порядка как минимум с трех сторон, что как раз и соответствует классике синергетического подхода и является достаточным для перехода системы в кризисное состояние. Наша интерпретация развития кризисных событий заключается в том, что главная диссипативная функция, обеспечивающая несущий ритм процесса «умирания» исходного и становления нового параметра порядка, принадлежит цивилизационному мета-фактору, активизирующему непрогнозируемый негативный вектор воздействия еще как минимум 6-ти идентифицированных мутагенных факторов. Данная интерпретация полностью проясняет тот факт, что «зоны стока» избыточного адаптационного напряжения, регулируемые параметрами исходного порядка (включающего, в том числе, и культуральные ограничения, социальные запреты), в относительно короткое время «вышли из берегов».

Таким образом, с позиции синергетического подхода процесс развертывания социальных эпидемий следует расценивать как флаги катастрофического развития событий в зоне кризисного процесса «умирания» исходного и становления нового параметра порядка, регулирующего жизнеспособность и уровень адаптации в системе человек-общество-среда. При этом налицо все классические признаки, сопутствующие появлению «флагов катастроф»: 1) критическое замедление ритмов развития несущего параметра порядка; 2) увеличение амплитуды флюктуаций около «умирающего» параметра порядка; 3) актуализация дерева альтернативных путей поддержания системы в жизнеспособном состоянии. Понятно, что в данном случае речь идет о негативной динамике адаптационных характеристик среднестатистического индивида и повышении спроса на адаптогены ультрабыстрого действия.



В динамике катастрофического развития событий, с позиции синергетического подхода, особая роль отводится точкам бифуркации, т.е. таким состояниям системы, когда ее решение, понимаемое как тяготение к тем или иным параметрам порядка, неустойчиво. Именно в такой ситуации возможен скачкообразный переход в качественно иное состояние – либо состояние хаоса, в общем поле которого проявляются потенциальные возможности нового порядка, либо на альтернативные сценарии сохранения относительной стабильности.

Наш анализ показывает, что в общем процессе становления и распространения социальных эпидемий можно идентифицировать как минимум две ретроспективные и три проспективные точки бифуркации. Первая ретроспективная точка связана с почти полной победой и абсолютным доминированием идеологии протезирования утрачиваемых компонентов здоровья, что, собственно, и положило начало «умиранию» порядка естественных саногенных механизмов. Вторая ретроспективная кризисная точка связана с актуализацией непрогнозируемого негативного вектора воздействия как минимум 6-ти мутагенных факторов. Гораздо более опасной в плане генерализации катастрофического сценария развития событий представляется проспективная бифуркационная точка, достижимая в момент критической стагнации инструментов власти-свободы. Т.е. тех категорий, которые, в свою очередь, представляют важнейшие параметры социального порядка, вовлекаемые в генерализованный кризисный процесс. Далее, существует возможность управлять кризисным развитием события за счет интенсивной фильтрации информационного обмена (т.е. блокирования негативного вектора активности цивилизационных мутагенных факторов). Однако такая возможность, как и большинство мероприятий «запретительного» толка, в существенной степени иллюзорна, поскольку такого рода запреты не отменяют генерализованной активности главного цивилизационного мета-фактора, разгоняющего динамику социальных эпидемий. Т.е. вторая проспективная точка бифуркации, в случае реализации активной фильтрационной стратегии, вероятнее всего, будет связана с актуализацией новых типов социальных эпидемий – альтернативных имеющимся. Наконец, третья проспективная точка бифуркации может быть связана с активной генерацией обновленного параметра порядка и конструктивными сценариями выхода из кризисной ситуации.

Последний сценарий развития событий также описывается в структуре синергетического подхода в виде двух вариантов выхода из состояния относительного или абсолютного хаоса через ряд последовательных стадий. Первый вариант предусматривает возможность организации локаль-

ной квазистабильной структуры, основные функции которой, согласно нашим теоретическим разработкам, должны сводиться к актуализации потенциально позитивного вектора воздействия как основного цивилизационного мета-фактора, так и подчиненных мутагенных факторов. Далее, должно иметь место расширение и доминирование данной структуры в конкуренции с негативным вектором воздействия мутагенных факторов, что, собственно, и предусматривается в идеологии обновленного доктринального подхода. В случае дееспособности такой специально организованной квазистабильной структуры именно в данной альтернативе должна оказаться система на выходе. По крайней мере, время пребывания системы в такого рода альтернативе должно кардинальным образом увеличиваться. Соответственно, термин «локальная» и приставка «квази-» становятся неактуальными, а характеристики стабильности распространяются на всю вовлекаемую структуру. Второй вариант предусматривает каскад обратных бифуркаций, выход к «стволу» основного процесса и актуализацию альтернативного сценария. Здесь также просматривается необходимость актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия мутагенных цивилизационных факторов и мета-фактора. Т.е. оба рассматриваемых варианта не только не противоречат, но и усиливают друг друга.

Важнейшим условием эффективной самоорганизации (а именно так и обозначается вышеописанный процесс кризисного развития в русле синергетического научного подхода) является синергетический эффект общего движения элементов, из которых складываются вначале локальная, а затем и общая структура, формирующая новые уровни стабильности. В нашем случае под стабильностью понимается устойчивое развитие субъекта и общества в агрессивной среде.

Другим ключевым фактором успеха является идентификация системообразующего стержня нового параметра порядка, который становится центром идеологических установок и технологических построений обновленного доктринального подхода. В нашем случае таким ключевым фактом является научно обоснованная концепция устойчивости к агрессивному воздействию среды.

Используемые для описания процесса становления и развертывания социальных эпидемий синергетический и системный подходы, таким образом, демонстрируют полную состоятельность в научной репрезентации данного сложного явления.

Кроме того, адекватность использования настоящих подходов для построения объясняющей научной системы аргументируется следующими доводами:

– как синергетический, так и системный подходы являются внедисциплинарными и, следовательно, в наибольшей степени соответствуют мультидисциплинарному статусу проблемы социальных эпидемий;

– ключевой процесс, который, собственно, и является предметной сферой обсуждаемых научных подходов, – самоорганизация сложных систем в наибольшей степени соответствует сущностному плану общей проблематики социальных эпидемий (в нашем случае социальные эпидемии рассматриваются как своего рода артефакты кризисного процесса замены фундаментальных параметров порядка в наиболее сложной из известных систем – человек - общество - среда);

– разработанная нами теория мутагенных цивилизационных факторов, раскрывающая универсальные механизмы развертывания эпидемического процесса, в наибольшей степени соответствует идеологии синергетического подхода, проясняет и конкретизирует ключевой процесс рассеивания - собирания в отношении исследуемых «умирающих» и становящихся фундаментальных параметров порядка.

3.4.2.2 В свете всего сказанного основной механизм эффективного блокирования процесса распространения социальных эпидемий должен базироваться на возможностях актуализации потенциально-позитивных векторов воздействия мутагенных цивилизационных факторов, которые должны доминировать в конкуренции с негативными векторами воздействия, разгоняющими эпидемический процесс.

При этом сам по себе потенциал позитивного воздействия мутагенных факторов не должен пониматься упрощенно, в духе замены минуса на плюс. Так, например, сфера криминального бизнеса по производству и сбыту нелегальных наркотиков в одночасье не изменит профиль своей основной деятельности. Ключевой позицией здесь является спрос на способы быстрого удовлетворения ресурсного запроса. Экологически выверенные способы удовлетворения такого запроса будут способствовать стагнации теневого рынка нелегальных наркотиков.

Далее, следует иметь в виду абсолютно реальный сценарий организации локальных квазистабильных структур по каждому идентифицированному мутагенному фактору, синергетический эффект взаимодействия которых должен привести к актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия основного цивилизационного мета-фактора.

Последовательность рассмотрения такого рода локальных структур, соответствующих определенным мутагенным факторам, также должна быть изменена ввиду возможности их кластерной организации в структуры следующего уровня:

1) Первая по значимости локальная структура соответствует мутагенному фактору используемых медицинских подходов и технологий. В соответствии с разработанными нами теоретическими положениями потенциально-позитивная функция данного мутагенного фактора должна заключаться в возможности форсированного развития свойств индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному воздействию среды. Что, в свою очередь, будет сокращать дистанцию между реальным и требуемым уровнями адаптации, блокировать процессы генерации ресурсного запроса у всё более увеличивающегося сектора населения. Т.е. по всем вышеприведенным функциональным характеристикам данный потенциально-позитивный вектор воздействия будет находиться в конкурентных отношениях с непрогнозируемым негативным вектором воздействия рассматриваемого мутагенного фактора.

Изменение вектора функциональной активности обсуждаемой локальной структуры, в сущности, означает радикальную смену главного идеологического тезиса, доминирующего в сфере здравоохранения – акцента на протезирование функций утрачиваемых компонентов здоровья. Конкурентная идеология делает акцент на форсированное развитие имеющегося потенциала здоровья, идентифицируя и аргументируя соответствующие приоритеты в общей структуре данной сложной категории.

Далее, должны измениться и другие системные характеристики рассматриваемой локальной структуры:

- основная задача должна сводиться не к охране (ретроспективные доктринальные подходы), а к развитию высоких уровней индивидуального и социального здоровья, обеспечивающих устойчивость к агрессивному влиянию среды (проспективные доктринальные подходы);

- соответственно, должно быть пересмотрено определение категорий здоровья, понимаемого как способность, потенциал, который следует развивать (см. п. 3.1.4.3);

- должны быть определены приоритетные характеристики индивидуального и социального здоровья, имеющие непосредственное отношение к процессу эффективной самоорганизации (см. раздел 3.1.3);

- доминирующий биопсихосоциальный подход должен быть дополнен функциональным подходом, акцентирующим внимание на самоорганизующую активность человека и общества и являющимся основным инструментом реализации обновленной доктрины;

- должны получить импульс и соответствующее направление развития такие особо важные, в нашем случае, прикладные дисциплины, как психотерапия, практическая психология, основной предмет которых в наи-

большей степени соотносится с процессами эффективной самоорганизации; при этом в русле данных дисциплин должны быть разработаны: техники эффективной экспресс-помощи лицам с признаками адаптационного напряжения, проявлениями синдрома деморализации, сформированным или еще только формирующимся ресурсным запросом; технологии форсированного развития психологической устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии; такого рода технологии по своей основной сути должны быть контрманипулятивными, а контрманипулятивная идеология должна стать основным этическим стержнем данных дисциплин; должны быть получены убедительные свидетельства эффективности разработанных технологий экспресс-помощи и форсированного развития высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости, оформленные в духе доказательной практики; далее разработанный технологический контент должен быть транслирован в такие дисциплины, как наркология и аддиктология, а также во все кластерные структуры, представляющие мета-модель социальной психотерапии.

2) Вторая по значимости и порядку локальная структура соответствует мутагенному фактору активности специфических групп и группировок, формирующих теневой рынок адаптогенов быстрого действия.

Потенциально-позитивная функция данного мутагенного фактора, как уже было сказано, должна «отталкиваться» не от самого по себе факта наличия такого теневого рынка, а от специфики имеющегося ресурсного запроса у существенной части населения.

В данной связи прямую конкуренцию патологическим адаптогенам быстрого действия должны составлять технологии экспресс-психотерапии и консультирования, способные при минимальных временных затратах сформировать у клиента первичное, а затем устойчивое ресурсное состояние. Что, в свою очередь, предполагает интенсивное развитие специальных разделов таких дисциплин, как психотерапия и практическая психология (см. предыдущий пункт), а также возможность реализации масштабных скрининговых программ в организованных группах населения с целью выявления лиц, нуждающихся в такого рода помощи (например, среди учащейся молодежи), возможность охвата существенной части населения специализированной высокопрофессиональной помощью. Что, собственно, и предусматривается в мета-модели социальной психотерапии (более подробные характеристики данной модели см. в следующем разделе).

Таким образом, мета-модель социальной психотерапии, эффективно удовлетворяющая ресурсный запрос и блокирующая специфическое поисковое поведение у наиболее проблемной части населения, является пря-

мым и успешным (в смысле стоимости среднесрочных и долгосрочных эффектов) конкурентом теневых структур, производящих и распространяющих патологические адаптогены быстрого действия.

3) Функциональная структура следующего порядка, которая формируется в результате взаимодействия локальных структур 1-2, должна быть представлена беспрецедентным по своему объему (т.е. характеристикам капиталоемкости, охвата населения) социально ориентированным рынком здоровья.

Основные характеристики данной структуры следующие:

– само по себе обозначение «социально ориентированный рынок здоровья» показывает, во-первых, общую нацеленность данной структуры на решение наиболее острых проблем социального развития, в частности на адекватное решение задач по установлению действенного контроля в сфере распространения социальных эпидемий, а во-вторых, на существенно обновленный уклад экономических отношений в рассматриваемой сфере;

– суть обновленных экономических отношений заключается в том, что стоимостные значения приобретают все идентифицированные компоненты сложной категории здоровья, т.е. его количественные, качественные характеристики, в том числе и такие, как устойчивость к агрессивному воздействию среды; в данной связи концепция определения стоимостных значений услуг, оказываемых в рассматриваемом рыночном секторе, должна радикально измениться, т.е. стоимостные значения каждой профильной услуги, помимо манипуляционной составляющей, оцениваемой прямыми затратами на ее реализацию, должны иметь основную составляющую, определяемую количественными и качественными компонентами восстанавливаемого или дополнительно развиваемого уровня здоровья; за счет эффективной реализации данной стоимостной концепции получит реальный экономический смысл процесс изменения основного вектора деятельности системы охраны и развития здоровья – от нозоцентрического (т.е. ориентированного на болезнь) к саноцентрическому (ориентированному на здоровье); далее, основная схема финансирования производства такого рода услуг должна предусматривать: 1) компенсацию прямых затрат и оговоренную часть выплатного бонуса от стоимости восстановленного объема и повышения качества здоровья той организации, где данная услуга реализована; 2) оговоренную часть выплатного бонуса от стоимости восстановленного объема и повышения качества здоровья тому научному учреждению и конкретному сотруднику, разработавшему и внедрившему соответствующую технологию; 3) оговоренную часть вы-

платного бонуса от стоимости восстановленного объема и повышения качества здоровья образовательному учреждению, осуществлявшему соответствующую подготовку персонала; кроме того, должно быть принято правило по введению временных ограничений действия выплатных бонусов – до 5 лет от момента внедрения конкретной технологии; за счет внедрения данной схемы финансирования и ограничительных правил будет стимулироваться соответствующий научный поиск и разработка именно таких технологий развития индивидуального и социального здоровья, которые минимальны по своим прямым затратам и максимальны по стоимостным значениям выплатных бонусов, т.е. не «протезирующие» утрачиваемые функции, а развивающие высокие уровни здоровья-устойчивости к агрессивному влиянию среды;

– в новых экономических условиях система охраны и развития здоровья, соответственно, будет представлена не только сравнительно узким сектором медицинских учреждений, но и гораздо более обширным социально-гуманитарным сектором с возможностью масштабного инновационного внедрения и охвата нуждающейся части населения наиболее эффективными видами помощи; в этих условиях ресурсный запрос существенной части населения не отдается на откуп теневым структурам сомнительного свойства, а напротив, ставится во главу угла обновленного доктринального подхода;

– в связи со всем сказанным особенно важными представляются вопросы экономической экспертизы по определению стоимостных значений дифференцируемых компонентов индивидуального и социального здоровья, определению объемов выплатных бонусов по реализации конкретных видов помощи, экспертизы доказательной эффективности технологий, используемых в рассматриваемой сфере; обозначенные виды экспертной деятельности, объединяемые под общим термином «научно-экономическая экспертиза», должны стать одним из приоритетных направлений активности научных институтов, действующих в обновленной структуре социально ориентированного рынка здоровья;

– основным агентом, стимулирующим развитие данной структуры, и заказчиком наиболее востребованных видов помощи, включая масштабное использование технологий форсированного развития индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды, должно быть государство, т.е. суперструктура более высокого уровня, олицетворяющая властные функции и ответственная за сохранение и развитие несущих параметров порядка, стабилизирующих общество; активное участие данной суперструктуры в формировании и регулировании социаль-

но ориентированного рынка здоровья обуславливается двумя главными мотивами: 1) возможность эффективного блокирования процесса стагнации функций власти во всё более расширяющемся секторе социума; сохранение данного важнейшего параметра порядка – инструмента социального развития в его полном объеме; 2) очевидная выгода прямых и косвенных инвестиций в развивающийся сектор здоровья, оборачивающихся существенным экономическим ростом и дивидендами в смысле более высоких темпов социального развития и способствующих стагнации полулегальных и нелегальных структур.

Социально ориентированный рынок здоровья, в связи со всем сказанным, является прямым и успешным конкурентом теневого рынка патогенных средств быстрого ресурсного доступа с одной стороны и эффективной альтернативой существующей модели здравоохранения – с другой.

4) Следующие локальные структуры соответствуют мутагенным технологическим факторам 3, 4 (манипулятивные технологии и информационные сети). Второй технологический фактор в данной схеме выполняет подчиненную роль, поэтому мы будем рассматривать потенциально-позитивный вектор воздействия данного мутагенного фактора в общем функциональном поле кластерной структуры следующего порядка.

Потенциально-позитивный вектор психотехнологического мутагенного фактора, многократно усиливаемый за счет возможности использования сетевого пространства, выводится не только из общепринятого обозначения – контрманипулятивные технологии. Подобная интерпретация была бы поверхностной и не отражающей сути разрабатываемого доктринального подхода. В нашем случае речь идет о формировании высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному воздействию среды за счет использования продуманной информационной стратегии, включающей, в том числе, и контрманипулятивные технологии (например, технологию «информационной прививки», дезавуирующей внешне привлекательный сценарий потребления патологических адаптогенов быстрого действия).

Кроме того, следует учитывать тот факт, что в обновленной доктрине противодействия процессу распространения социальных эпидемий устойчивость к манипулятивному воздействию понимается как наиболее существенная характеристика такой во всех отношениях значимой категории, как свобода. В отсутствие высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к манипулятивному прессингу данный важнейший инструмент социального развития превращается в блеф или пропагандистский лозунг.



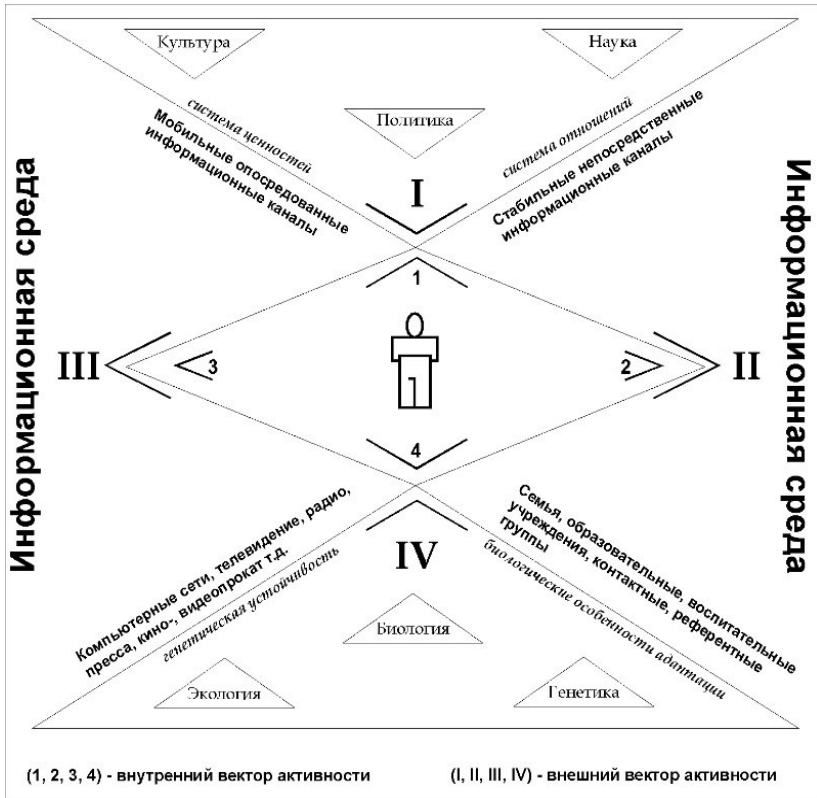
Далее следует иметь в виду, что устойчивость к агрессивным манипуляционным воздействиям – это одна из существенных характеристик функции более высокого уровня – индивидуальной и социальной самоорганизации. И что самоорганизующая активность субъекта и общества в конечном итоге будет способствовать снижению степени агрессивности экологической, биологической и информационной среды. Т.е. катастрофическая дистанция между требуемым и реально существующим уровнями адаптации будет прогрессивно уменьшаться. Что, собственно, и означает полноценное становление нового параметра порядка, регулирующего жизнеспособность в системе человек - общество - среда.

На схеме 2 представлен общий алгоритм актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия рассматриваемой локальной структуры, объединяющий анализируемые мутагенные факторы.

В данной схеме человек представлен не только как объект воздействия информационных потоков на протяжении всей жизни (стереотип ретроспективного биопсихосоциального подхода), но и как субъект, активно формирующий данные информационные потоки и стимулы для собственного развития (идеология обновленного доктринального подхода). Характер и направление такого взаимодействия, за счет самоорганизующей активности человека и общества, смещается от негативного вектора, т.е. тенденцией к общему снижению адаптационных ресурсов и повышению степени агрессивности среды, к позитивному вектору – тенденциям к повышению уровней адаптации и снижению степени агрессивности среды.

На схеме 2 внешний вектор активности (ретроспективная мета-позиция: человек – продукт воздействия среды) обозначен римскими цифрами I, II, III, IV и представлен верхним и нижним средовыми потоками с тремя основными блоками содержания каждого из них. Верхний поток (I), формирующий собственно информационную среду, представлен блоками научно-образовательной, культурной и политической активности, находящихся в сложной взаимосвязи и обеспечивающих формирование идеоматического пространства – системы ценностей, основных поведенческих установок, отношений между различными группами населения в обществе и др. Нижний поток (IV), формирующий экологическую и биологическую среду, также представлен тремя блоками, находящимися в тесной взаимозависимости, – экологическим, биологическим, генетическим. В данной схеме нижний поток, в условиях замены фундаментальных параметров порядка, обеспечивающих выживание и адаптацию гуманитарной популяции, подчинен верхнему.

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



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

Первая группа информационных каналов удовлетворяет, в основном, актуальные информационные запросы, способна достаточно быстро менять ориентацию и направленность в зависимости от конъюнктуры. Вто-

рая группа – более стабильна, предполагает непосредственное межличностное общение, удовлетворяет информационные запросы глубинного содержания, имеющие отношение к формированию жизненных ориентиров и ценностей.

Внутренний вектор активности (проспективная мета-позиция, актуализирующая потенциально-позитивный вектор влияния рассматриваемых мутагенных факторов: человек – начало всех вещей) обозначен углами центрального ромба, заостренными в направлении основных потоков и каналов информации (арабские цифры 1, 2, 3, 4).

Общая стратегия преодоления негативного вектора воздействия анализируемых мутагенных факторов и выигрыша в конкурентной борьбе предполагает, по крайней мере, три больших этапа реализации данной стратегии. Первый этап связан с активизацией внутреннего вектора активности и включает: мотивирующее воздействие первичных генераторов самоорганизующей активности – научных, политических и профильных элит – на существующие и вновь создаваемые социальные институты с тем, чтобы их деятельность стала более осмысленной, последовательной и эффективной в отношении форсированного развития индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды. Целенаправленная активность реформированных (например, мета-модель социальной психотерапии, включающая систему аддиктологической - наркологической, психотерапевтической, консультативно-психологической и первично-профилактической помощи) и вновь созданных институтов (например, социально ориентированного рынка здоровья), через систему мобильных и стабильных информационных каналов будет оказывать растущее по объему и эффективности конструктивное воздействие на контактные аудитории, повышающие уровень индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному манипулятивному прессингу. И далее – конструктивное воздействие на уровень самоорганизующей активности общества в отношении нижнего средового потока (4).

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

Наконец, третий этап связан с расширенным воспроизводством феномена индивидуального и социального здоровья за счет согласованной

активности мобильных и стабильных информационных каналов, верхнего и нижнего средовых потоков. При этом категория здоровья, понимаемая в духе обновленного доктринального подхода (т.е. включающая такие характеристики, как индивидуальная и социальная устойчивость к манипулятивному прессингу, другим агрессивным воздействиям среды), должна стать главным приоритетом свободного и ответственного за свое будущее человечества. Ключевым моментом в данной констатации является тот неоспоримый факт, что именно эти характеристики, в конечном итоге, и создают возможность свободы, т.е. подлинной независимости от внешних обстоятельств и навязанных сценариев, выступающих в качестве основных источников социальных эпидемий.

По сути дела, вышеприведенная схема демонстрирует то, каким образом и в каком направлении должны развиваться два главных агента, действующих в общем поле потенциально-позитивного вектора воздействия рассматриваемых мутагенных факторов, – основной генератор (он же и потребитель) производимой информации – человек, а также сама структурированная информация в аспекте ее содержания, объема, качества и основных каналов доставки до потребителя.

Рассматриваемая локальная структура активно взаимодействует с первой (социально ориентированный рынок здоровья) и третьей (мутагенные факторы 5-6) кластерными структурами.

5) Актуализация потенциально-позитивного вектора воздействия стагнирующего инструмента социального развития власти – свободы (последний из идентифицированных мутагенных факторов) связана со следующими обязательными условиями:

- у властных структур присутствует полное понимание того, что сама по себе власть, в условиях кризисной замены одних фундаментальных параметров порядка на другие, является единственным инструментом социальной самоорганизации, способным эффективно управлять данным важнейшим процессом;

- у властных структур присутствует концептуальное видение того, каким образом возможно оказывать конструктивное влияние на кризисный процесс замены фундаментальных параметров порядка (обновленные доктринальные подходы и установки) и полная мера ответственности за реализацию соответствующей программы;

- у властных структур формируется новое понимание содержания и роли категории свободы, своего отношения и характера взаимодействия с данным важнейшим инструментом социального развития (т.е. понимание того, что наиболее актуальной характеристикой категории «свобода» в

современном мире является устойчивость к агрессивному воздействию среды и манипулятивному прессингу и что снижение степени такой устойчивости означает стагнацию инструмента власти; понимание того, что важнейшая функция власти в настоящий кризисный период – предметная деятельность по укреплению и развитию инструмента свободы и, соответственно, снижению степени зависимости населения от деструктивных химических либо психологических адаптогенов быстрого действия – именно того опасного статуса, которым эффективно пользуются прямые конкуренты властных структур, заинтересованные в дестабилизации общественного порядка).

Осознавшие преимущества данной обновленной мета-позиции, властные структуры смогут успешно конкурировать с нелегальными криминальными и теневыми политическими группировками, претендующими на перераспределение властных функций, «выбивая» из сферы их влияния самый главный и действенный инструмент – социальную базу.

Из всего сказанного понятно, что 5-й и 6-й мутагенные факторы представляют кластерную структуру следующего порядка, где негативный вектор воздействия 5-го мутагенного фактора (деструктивные устремления специфических криминальных и геополитических группировок) является своего рода стимулом для форсированного развития потенциально-позитивного вектора воздействия 6-го мутагенного фактора власти – свободы.

б) Тесное взаимодействие локальных структур, соответствующих потенциально-позитивному вектору активности идентифицированных мутагенных фактов, конструктивное взаимодействие кластерных структур следующего порядка должно приводить к синергетическому эффекту, актуализирующему потенциально-позитивный вектор воздействия основного цивилизационного мета-фактора. В итоге система человек – общество – среда должна стабилизироваться на новом, более высоком уровне, обеспечивающем возможность устойчивого развития субъекта и общества в агрессивной среде.

На схеме 3 обозначены основные фазы динамики формирования устойчивости к агрессивному влиянию среды – стержневой позиции обновленного доктринального подхода, конкурирующего с динамикой процесса формирования социальных эпидемий.

В приведенной схеме каждая фаза рассматриваемых конкурентных процессов соотносится с определенным негативным или потенциально-позитивным вектором воздействия идентифицированных мутагенных факторов или кластерных структур, образующихся в результате их активного взаимодействия.

Схема 3  
 Алгоритм актуализации потенциально-позитивного вектора основного вектора цивилизационного мета-фактора

<p><b>Обозначение негативных векторов воздействия мутационных цивилизационных факторов</b></p>	<p><i>Модель охраны здоровья с идеологией «протезирования» утраченных фрагментов здоровья и классической био-, психо-, социального подхода</i></p>	<p><b>Манипулятивный информационный прессинг с использованием электронных средств массовой коммуникации</b></p>	<p><b>Форсированное развитие криминального и полукриминально-бизнес-сектора по производству деградационных адаптационных механизмов</b></p>	<p><b>Секторальная стагнация традиционных институтов кластической свободы</b></p>	<p><b>Катастрофический сценарий реформирования фундаментальных параметров порядка, регулирующих уровни индивидуального и социального этапа</b></p>
<p><b>Основные фазы динамики процесса формирования социальных эпидемий</b></p>	<p>Тенденция к снижению уровня адаптации</p>	<p>Эскалация адаптационного напряжения и развития адаптационных расстройств у существенной части населения</p>	<p>Использование патогенных химических и психологических адаптогенов быстрого действия с формированием псевдоадаптации</p>	<p>Формирование и распространение деструктивных химических и психологических взаимосвязей с характеристиками социальных эпидемий</p>	<p><b>Конструктивный сценарий реформирования фундаментальных параметров порядка, регулирующих уровни индивидуального и социального здоровья</b></p>
<p><b>Основные фазы динамики процесса формирования социальной устойчивости</b></p>	<p>Интенсивное развитие свойств устойчивости к агрессивному воздействию среды</p>	<p>Сохранение дистанции между требованиями среды и адаптационным потенциалом населения</p>	<p>Использование инновационных экологически выверенных экспресс-технологий формирования устойчивого ресурсного состояния</p>	<p>Эффективное блокирование и обратное развитие процесса распространения социальных эпидемий; существенно более высокие темпы развития самоорганизованного общества</p>	<p><b>Активное развитие институтов кластической свободы</b></p>
<p><b>Обозначение позитивных векторов воздействия мутационных цивилизационных факторов</b></p>	<p><i>Модель развития здоровья с акцентом на эффективную самоорганизацию и функциональный подход</i></p>	<p><b>Развивающийся информационный прессинг с использованием мета-социальной психотерапии</b></p>	<p><b>Активное развитие инновационного сектора и социально-ориентированного рынка технологий ресурсного доступа</b></p>	<p><b>Активное развитие институтов кластической свободы</b></p>	<p><b>Активное развитие институтов кластической свободы</b></p>

Наличие проработанной научной базы, обоснованных доктринальных подходов и установок в сфере противодействия распространению социальных эпидемий дает основание полагать, что конструктивный сценарий выхода из рассматриваемой кризисной ситуации вполне реален.

3.4.2.3 Анализ состоятельности основных позиций обновленного доктринального подхода в отношении преодоления системного дефицита, проведенный по первым четырем уровням дисциплинарной матрицы, показывает следующее.

Объясняющая научная система, адекватная специфике социальных эпидемий, базируется на основе внедисциплинарных синергетического и системного подходов. Данные подходы демонстрируют свою состоятельность в научной репрезентации сложных процессов, лежащих в основе рассматриваемого эпидемического процесса. Таким образом компенсируется дефицит первого уровня дисциплинарной матрицы.

В рамках обозначенной научной системы были сформулированы и обоснованы: новое понимание категории здоровья, включающее характеристики устойчивости к агрессивному влиянию среды; функциональный подход, используемый для обоснования приоритета данных характеристик здоровья (дополняющий классический биопсихосоциальный подход). Т.е. были разработаны наиболее острые, проблемные области второго уровня дисциплинарной матрицы.

Далее, была определена специфика взаимодействия негативного вектора мутагенных цивилизационных факторов, выявлен универсальный алгоритм вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость; в совокупности с универсальными факторами риска - устойчивости, разработанными общими подходами к форсированному развитию высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, вышеназванные теоретические концепты в существенной степени закрывают дефицитные позиции по третьему уровню дисциплинарной матрицы.

Наконец, возможность идентификации специфических для таких дисциплин, как наркология, аддиктология, мишеней и разработки адекватных профессиональных подходов в работе с данными мишенями компенсирует предметный дефицит по четвертому уровню дисциплинарной матрицы.

3.4.2.4 Анализ состоятельности обновленного доктринального подхода в отношении установок, адресуемых основным агентам противодействующей социальной активности (властным структурам, системе охраны и развития здоровья, сектору аддиктологии - наркологии), показывает следующее.

Властные структуры получают внятные объяснения того, какие движущие силы и механизмы лежат в основе рассматриваемого эпидемического процесса и обуславливают беспрецедентные масштабы и темпы его развития; каковы основные причины неуспешности или ограниченной успешности доминирующих доктринальных подходов и какие новые доктринальные подходы могут быть существенно более эффективными в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий; какова роль власти в их реализации.

В частности, властным структурам направляется следующий внятный посыл, который должен быть адекватно воспринят и реализован в конкретных действиях:

- в кризисный период замены фундаментальных параметров порядка власть (понимаемая как системообразующий стержень процесса социальной самоорганизации) должна быть особенно эффективной и брать на себя всю степень ответственности в преодолении катастрофического сценария развития событий, в контексте которого и был актуализирован феномен социальных эпидемий;

- властные структуры должны осознать всю степень угрозы, которую несет секторальная стагнация двух важнейших и взаимосвязанных инструментов социального развития – власти - свободы, и которая абсолютно неприемлема для формирования конструктивного сценария выхода из кризисной ситуации;

- властные структуры должны предпринять последовательные шаги, которые ведут к формированию высоких уровней устойчивости к агрессивному воздействию среды и манипулятивному прессингу, в результате чего сектор стагнации должен существенно сократиться;

- властные структуры, в связи со всем сказанным, должны сформулировать новую роль института здоровья, выполняющего важнейшую миссию эффективной социальной самоорганизации и укрепления главных инструментов социального развития;

- властными структурами должны быть предприняты реальные шаги по формированию социально ориентированного рынка здоровья, в результате чего будут эффективно решены системные проблемы данной важнейшей сферы и блокированы процессы распространения социальных эпидемий.

Система охраны и развития здоровья получает следующий адресный посыл, который должен быть воспринят в соответствии с реалиями сегодняшнего дня:



– в данной важнейшей сфере необходима кардинальная смена идеологических подходов и установок, предусматривающая: ориентацию на развивающие, а не только «протезирующие» методы формирования индивидуального и социального здоровья; замену нозоцентрической стержневой идеологии на саноцентрическую; дополнение биопсихосоциального подхода функциональным;

– необходима существенная модификация структурных характеристик системы охраны и развития здоровья – от узкоmedizinского сектора к широкому социально-гуманитарному сектору;

– далее, должны быть инициированы кардинальные изменения всего экономического контекста, в поле которого функционирует система охраны и развития здоровья – от исключенности стоимостных значений категории здоровья из системы экономических расчетов к модели социально ориентированного рынка здоровья, где стоимостные значения данной категории играют основную роль и выполняют функцию главного экономического стимула инновационных процессов;

– в соответствии со всем сказанным должны быть разработаны вопросы научно-экономической экспертизы технологий формирования высоких уровней индивидуального и социального здоровья, включающих такой важный компонент, как устойчивость к агрессивному влиянию среды.

Система аддиктологической - наркологической помощи также получает установки, аргументированные в системе обновленного доктринального подхода:

– специфика используемых диагностических, профилактических, лечебно-реабилитационных подходов заключается в том, что такого рода технологии должны быть ориентированы на универсальный алгоритм формирования устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в социальные эпидемии;

– специфика используемых организационных подходов должна предусматривать формирование мета-модели социальной психотерапии со следующими характеристиками: 1) кластерный принцип взаимодействия секторов аддиктологии - наркологии, психотерапии - практической психологии, организаций, реализующих профилактические программы; 2) полноценный охват нуждающегося населения наиболее востребованными видами помощи, такими как экспресс-психотерапия и консультирование, первичная аддиктологическая помощь и др.; 3) специальная многоуровневая структура оказания профильной помощи, соответствующая реальным потребностям населения с высокими рисками и признаками вовлечения в социальные эпидемии; 4) комплексная система управления каче-

ством профильной помощи; 5) многоуровневый мониторинг ситуации, связанной с распространением социальных эпидемий.

На основании данных установочных принципов были разработаны соответствующие диагностические, профилактические, лечебно-реабилитационные и организационные технологии, эффективность которых определялась на втором этапе реализации комплексного исследовательского проекта.

Таким образом, объясняющая научная система и формируемые на ее основе доктринальные подходы демонстрируют состоятельность по тем параметрам, которые имеют значение на этапе теоретической разработки.

### ***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 адап-

тогенов 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 действенного контроля в сфере мотивации к реализации данных сценариев;

– фаза реализации позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, ассертивные 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 дает 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 вышеназванного 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 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. Т.е. 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 счет 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, предусматривающих 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 – нормативные 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 мета-позиция 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 мета-позиции 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 счет 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 счет 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 приведенной 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, надежно профилаксирующее поисковое поведение в сторону добывания патологических адаптогенов ультрабыстрого действия. Продвижение от девиантного к нормативному полюсу базисной мотивации по четвертой мишени формирует дополнительные уровни устойчивости субъекта в ситуации агрессивного информационного прессинга.

Вышеприведенная 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, нескритичность, 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, проведенные нами исследования позволяют утверждать, что мишени, выводимые из универсального алгоритма формирования высоких уровней психологического здоровья-устойчивости, являются первичными, патогенетически обусловленными (т.е. отвечающими существенным 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 (Росинский Ю.А., 2005; Абеева А.Г., 2008; Рамм А.Н., 2008; Кусаинов А.А., 2010) 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. Т.е. исходные дефициты наиболее значимых характеристик психологического здоровья - устойчивости усугубляются еще и отчетливым и адресным вредоносным воздействием патологических адаптогенов быстрого действия, что является крайне неблагоприятной, в смысле общих перспектив терапевтического воздействия, комбинацией. Было показано, что такого рода привнесенные 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 мета-позиции;
- 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. Т.е. 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 (Пак Т.В., 2004; Титова В.В., 2004; Молчанов С.Н., 2006; Нургазина А.З., 2006; Азанова Б.А., 2007; Василенко И.В., 2007; Жолдасова Ж.А., 2007; Ережепов Е.В., 2010; Ережепов Н.Б., 2010; Иманбеков К.О., 2010).

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 определенных 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 данной связи целесообразно рассматривать степень «содействия» используемых технологий медикаментозного или иного лечения основному процессу форсированного развития искомых уровней психологического здоровья - устойчивости к агрессивному влиянию среды, которая может существенно различаться (Кошегулова Р.М., 2007).

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 (Марашева А.А., Владимирова Н.Г., 2005; Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсопов О.Г., 2006; Катков А.Л., Молчанов С.Н., Юсопов О.Г., 2006).

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 определенных условиях могут быть транслированы в традиционные развивающие технологии – тренинговые, консультативные, воспитательные, образовательные – с существенным повышением их эффективности. Т.е. данная модель может выполнять важнейшую функцию системообразующего технологического стержня мета-модели 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 (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Титова В.В., 2002; Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В., 2003; Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В., 2004; Катков А.Л., 2004; Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005; Катков А.Л., Нургазина А.З., 2006; Макаров В.В., Катков А.Л., 2009; Катков А.Л., Макаров В.В., 2010), 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 востребуемого профилактического либо терапевтического эффекта – достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в ограниченные временные периоды.

Содержательные характеристики синергетической стратегии внесознательных инстанций, наиболее востребованные в модели двухуровневой развивающей коммуникации, следующие: *пластика Я* (с позиции разрабатываемого нами темпорального принципа организации психических процессов (Катков А.Л., 2003, 2006), 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-партнеру, Я-профессионалу и др.). Соответственно, вероятность эффективной трансформации тех диссоциированных компонентов психической активности субъекта, которые и являлись причиной появления адаптационных расстройств, существенно возрастает. С позиции всего вышесказанного особенно важной представляется возможность терапевтической 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 счет 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 мета-позиция, характерная для зрелого человека); *пластика обстоятельств* (в условиях синергетической активности существует возможность терапевтической модификации имеющихся жизненных обстоятельств, а в сочетании с временной пластикой – обстоятельств прошлого и будущего субъекта; такая возможность реализуется за счет акцентирования или усиления концентрации каких-либо значимых аспектов ситуации, разрешения или удаления из ситуации травмирующих, «шумовых» моментов, выхода за пределы ситуации с одновременным умалением степени ее значимости, т.е. достижения ресурсной трансценденции и др.); *пластика контекстов* (в условиях гиперпластического пространства двухуровневой развивающей коммуникации существует возможность терапевтической трансформации негативно-эмоциональных антиресурсных контекстов какой-либо настоящей, а с учетом потенциала временной пластики – прошлой и будущей ситуации, в позитивно-эмоциональный ресурсный контекст при со-

хранении событийного строя происходящего; т.е. речь идет о том, что травматическую память, негативное восприятие настоящего и ожидание будущего можно перевести в полярно противоположные терапевтические контексты с одновременным форсированным развитием достаточно устойчивого ресурсного состояния, профилактирующего 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 разлитое терапевтическое транс состояние измененных характеристик импульсной активности сознания субъекта, для которого, в отличие от индуцированного трансa, 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. Т.е. для формирования разлитого терапевтического трансa не требуется реализации каких-либо структурированных технических приемов, что является весьма важным обстоятельством в смысле возможности трансляции основных механизмов двухуровневой коммуникации в наиболее распространенные развивающие практики. Такого рода «переключение» базисных адаптационных стратегий сопровождается характерными изменениями в моторной, вегетативной, эмоциональной сферах, которые могут быть адекватно интерпретированы (диагностированы) и восприняты как сигнал к использованию структурированных технологий, направленных на достижение соответствующих изменений у субъекта. Однако наиболее важными признаками формирования разлитого терапевтического трансa, с точки зрения последующей динамики развития, являются пластические изменения в сферах Я-мышления, Я-поведения, о чем можно судить по критической редукции таких форм поведения субъекта, которые традиционно обозначаются как «сопротивление» или «психологическая защита» (с нашей точки зрения, данные поведенческие стереотипы представляют типичную атрибутику защитно-конфронтационной стратегии адаптации, которая закономерно редуцируется при переключении ак-

тивности 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 мета-технологическими подходами, основу которых представляют специфические статусные характеристики фасилитатора (психотерапевта, консультанта, тренера, воспитателя) и определенные 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, мета-позиции, открытой к изменениям; наличие особого, «диалогизированного» режима активности, позволяющего, с одной стороны, быть заинтересованным участником диалога с вовлеченным 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 вовлеченного субъекта. Таким образом, еще на этапе установления контакта и диагностическом этапе двухуровневой развивающей коммуникации клиент может почувствовать, что ситуация в отношении заявляемых им проблем кардинально изменилась: то, что из мета-позиции доминирования защитно-конфронтационной стратегии адаптации (наиболее вероятного исходного антиресурсного статуса клиента) представлялось «тупиковым, сложным или неподъемным» – из полярно противоположной мета-позиции ассимилированных характеристик ресурсного статуса фасилитатора и синергетической базисной адаптационной стратегии, «вдруг» предстает в совершенно ином свете – перспективном и вполне решаемом.

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. (Nietzel M.T., Fisher S.G., 1981; Stein D.H., Lambert M.J., 1984; Magraf J., Bauman V., Bedentung W., 1986; Beutler L.E., Machado P.P., Neufeldt S.A., 1994; Lambert M.J., Bergin A.E., 1994; Garfield S.L., 1994).

2) *постоянное вербальное – прямое и косвенное – и невербальное подкрепление безопасности субъекта, вовлеченного в процесс двухуровневой развивающей коммуникации* (фалиситатор постоянно демонстрирует открытую мета-позицию 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 мета-технологии, 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 мета-технология не эффективна. Внесознательные инстанции вовлеченного субъекта, выполняющие в данном случае функции «детектора правды», считывают сигнал о наличии соответствующей конфронтационной базисной стратегии фасилитатора 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 вовлеченного 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 мета-технология адекватно работает лишь в случае активности первого из рассматриваемых мета-факторов – «Я-техники», за счет 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 вовлеченного субъекта, привязываемая к определенной 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 четкой реализации оговоренных 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 мета-технология может быть успешно воспроизведена лишь в условиях синергетической активности всех вышеобозначенных мета-технологических подходов).

5) *формирование и подкрепление перспективного сценария продолжающихся конструктивных изменений* (в данном случае речь идет о тех же самых механизмах оформления соответствующего стыковочного сценария, привязываемого к значимым компонентам конструктивного жизненного сценария. Последний формируется за счет использования спе-

циальных 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 будущем).

Кроме того, нами выделены основные диагностические мета-технологии, также имеющие прямое отношение к управляемой активности внесознательных инстанций.

б) *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 востребуемого эффекта – обеспечение значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у вовлеченного субъекта в ограниченные временные периоды: глубинный, формируемый за счет синергетической активности внесознательных инстанций; структурно-технологический, формируемый за счет использования разработанного технологического арсенала соответствующих практик – психотерапии, консультативной психологии, социально-психологических тренингов, воспитания, образования. Основные характеристики глубинного и структурно-психологических уровней представлены в схемах 4, 5.

На схеме 4 показаны универсальные механизмы, за счет которых обеспечиваются оптимальные условия для оформления главного и наиболее востребуемого эффекта развивающей коммуникации, а также продемонстрированы основные макро- и мета-технологические 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 мета-модели социальной психотерапии – консультативные, тренинговые, воспитательные, образовательные.

На схеме 5 показаны механизмы, за счет 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. Т.е. наша интерпретация постоянно отмечаемого различия в эффективности 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 мета-технологической подготовленности специалистов-практиков и, соответственно, различной степенью мобилизации гиперпластической активности глубинного уровня развивающей коммуникации.

Основные характеристики универсальной, глубинного уровня развивающей коммуникации

Цели	Механизмы	Технологические подходы	Содержание профессиональной подготовки
<p>1. Обеспечение высокой скорости и качества усвоения субъектом актуальной информации.</p> <p>2. Обеспечение оптимальных условий для основного и наиболее востребованного эффекта – достижения значительных, устойчивых и продолжительных изменений в ограниченные временные периоды.</p>	<p>1. Идентификация вовлеченного субъекта с ресурсным статусом фасилитатора – терапевта и ассимиляция открытой (мобилизованной на изменение) мета-позиции.</p> <p>2. Перевод защитно-конфронтационной базисной стратегии адаптации в синергетическую.</p> <p>3. Актуализация и форированное развитие феномена множественной гиперпластики.</p> <p>4. Обеспечение гиперпротекции структурированных технических действий.</p>	<p>1. Макротехнологии первого уровня (связанные с процессом подготовки специалистов развивающего профиля и уровнями их компетенции в сфере использования мета-технологических подходов).</p> <p>2. Макротехнологии второго уровня (связанные с оформлением этапов развивающей коммуникации).</p> <p>3. Конструктивистские мета-технологии, актуализирующие глубинный уровень развивающей коммуникации.</p> <p>4. Диагностические мета-технологии, оценивающие уровни активности внесознательных инстанций.</p>	<p><b>Теория</b> – функциональная цепочка психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды; модель двууровневой развивающей коммуникации; макротехнологические и метатехнологические подходы, использующиеся в развивающих практиках.</p> <p><b>Практика</b> – углубленное 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 мета-технологических навыков; специальная интервизия, супервизия.</p>

Основные характеристики структурно-технологического уровня развивающей коммуникации

Цели	Механизмы	Технологические подходы	Содержание профессиональной подготовки
<p>1. Эффективное продвижение по универсальным целям формирования высшего уровня устойчивости к агрессивному влиянию среды (в частности – эффективное продвижение от дефицитарно-дезадаптивного полюса к нормативно-адаптивному).</p> <p>2. Эффективное решение проблемных ситуаций и задач, специфических для каждой развивающей практики - психотерапии, консультирования, тренинговой, воспитания, образования.</p>	<p>1. Качественное усвоение имеющейся и генерация новой информации, способствующей достижению высоких уровней устойчивости субъекта в агрессивной среде.</p> <p>2. Утилизация неконструктивных, дезадаптирующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов).</p> <p>3. Форсированное развитие конструктивных адаптационных навыков за счет адекватной:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– коррекции эмоционального опыта;</li> <li>– расширения когнитивного репертуара;</li> <li>– модификации поведения.</li> </ul>	<p>1. Структурированные техники и модальности психотерапии, консультирование</p> <p>2. Специальные тренинговые технологии.</p> <p>3. Профилактически ориентированные воспитательные и образовательные технологии.</p>	<p><b>Теория</b> – классическая психологическая теория; теоретические курсы соответствующих дисциплин (психотерапии, консультирования, педагогики).</p> <p><b>Практика</b> – практические курсы по усвоению соответствующих умений и навыков в сфере реализации специфических структурно-технологических блоков; тематическая интервизорская и супервизорская практика.</p>

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 мета-модели социальной психотерапии.

Так, в рамках комплексного исследовательского проекта нами была разработана, апробирована и внедрена технология полимодальной экспресс-психотерапии, реализуемая в продолжение 1-3-х 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 (Катков А.Л., 2011). Об этом, в частности, свидетельствуют обобщенные 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 (таблица 1).

Из данных, приведенных в таблице 1, 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 (Катков А.Л., 2012), 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. Планиру-

Таблица 1

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

<b>Основные параметры</b>	<b>Экспресс-психотерапия (1-3 с), n=1257</b>	<b>ЭП (1-3 с) + тренинг (3-5 дн.), n=1255</b>	<b>Полимодалная краткосрочная психотерапия (10-15 с), n=211</b>	<b>Краткосрочная когнитивно-поведенческая психотерапия (10-15 с), n=362</b>
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 1 клиента	\$ 117	\$ 228,5	\$ 620,5	\$ 617,0

емым результатом использования технологии стратегической полимодалной психотерапии является достижение высокого уровня самоорганизации вовлеченного субъекта, эффективно профилактирующего появление адаптационных расстройств.

В настоящее время исследуется многолетняя динамика в группе лиц с исходно низкими уровнями психологического здоровья - устойчивости, участвующих в соответствующих программах полимодалной 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 вовлеченную, «резонирующую» аудиторию теле-, радиоканалов и интернет-пользователей. Проведенное 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 беспрецедентными возможностями охвата нуждающегося населения и эффективной мотивацией на участие в контактных развивающих практиках (Титова В.В., 2011).

Также нами были разработаны и апробированы технологии профилактически ориентированной групповой психотерапии подростков с повышенными рисками по профилю зависимости от психоактивных веществ (Катков А.Л., Нургазина А.З., 2006); варианты экспресс-психотерапевтической помощи, используемые на этапах профилактической и первичной аддиктологической помощи, ориентированной на отдельные типы социальных эпидемий: полимодальная экспресс-психотерапия злоупотребляющих психоактивными веществами (Катков А.Л., 2011); полимодальная экспресс-психотерапия лиц с высокими рисками и признаками вовлечения в интернет-зависимость (Катков А.Л., 2011); экспресс-психотерапия лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию (Катков А.Л., 2011). В соответствующих исследовательских фрагментах вышеприведенные 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 отчетливую 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 месяцев) 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 (Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В., 2003; Титова В.В., 2004; Россинский Ю.А., 2005).

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 (Катков А.Л., 2006, 2007); технология аддиктологического консультирования лиц с высокими рисками и начальными признаками вовлечения в интернет-зависимость (Катков А.Л., 2011); технология аддиктологического консультирования лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию (Катков А.Л., 2011). В соответствующих исследовательских фрагментах была показана возможность существенного снижения риска формирования аддиктивной патологии у консультируемых клиентов.

Сотрудниками Центра (Аманова Ж.Ш., 2004; Аманова Ж.Ш., Юсопов О.Г., 2004; Аманова Ж.Ш., Юсопов О.Г., Лаврентьев О.В., 2004) были разработаны специальные тренинговые технологии, используемые в программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ.

Соответствующие психотерапевтические, консультативные и тренинговые подходы, разработанные с учетом единого системообразующего принципа и демонстрирующие сравнительно более высокую эффективность, были положены в основу комплексной программы медико-социальной реабилитации лиц с 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).

На схеме 6 приведено рабочее определение понятия комплексной медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ. Использование термина «комплексная» подчеркивает, 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, обеспе-

*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/л	Основные методы реализации	Основные специалисты-координаторы
1	Мотивация на участие в программах снижения вреда – первичной наркотической помощи; Мотивация на постоянное освоение от наркотической зависимости	Программы снижения вреда – первичной наркотической помощи (профилактические ННО; Центры СПИД; наркотические 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	Исключение от физической зависимости Деактуализация 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 здравоохранение	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); терапевии средой; валеологи
4	Форсированное развитие свойств психологического здоровья – индивидуальной и микросоциальной активности	Социальная и гуманитарная сферы	IV	Те же + социальная и семейная терапия, активный досуг, общение со значимыми другими лицами	Те же
5	Достижение устойчивых результатов состояний Профилактика срывов и рецидивов	Социальная и гуманитарная сферы	V	Специальные мотивационные социально-психологические тренинги; противорецидивное и специальное мотивационное психологическое консультирование; противосрывная и специальная мотивационная психотерапия; семейная и супружеская психотерапия; психотерапия в социальных; 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



чивающих, в итоге, приемлемые уровни устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость. Далее, на схеме 6 отражены задачи, структура и содержание каждого последовательного этапа комплексной реабилитационной программы, указаны специалисты, в чьи функции входит реализация основных технологий дифференцируемых этапов. В данной схеме специально выделены те этапы, на которых ведется 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 указывается 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-х месяцев. 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 идентифицированных универсальных мишеней, инновационных развивающих технологий, которые, в связи со всем сказанным, представляются обновленной методологической основой эффективного противодействия процессу распространения социальных эпидемий, реализуемого в социальном секторе РК (Пак Т.В., 2004; Россинский Ю.А., 2005; Ескалиева А.Т., 2006; Молчанов С.Н., 2006; Василенко И.В., 2007; Азанова Б.А., 2007; Каражанова А.С., 2010). 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, противорецидивной и поддерживающей терапии, а также в отношении детей и подростков, зависимых от ПАВ, проходивших все этапы комплексной медико-социальной реабилитации. В частности, для взрослого контингента зависимых от ПАВ универсальный показатель сравнительной экономической эффективности на этапе первичной наркологической помощи оставил 2,12, т.е. на каждую денежную единицу, вложенную в соответствующий фрагмент инновационной комплексной программы МСР, было получено 2,12 единицы прибыли (Ережепов Е.В., 2010). Аналогичный показатель сравнительной экономической эффективности на этапе амбулаторной наркологической помощи

оставил 2,35 (Иманбеков К.О., 2010). 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 (Ережелов Н.Б., 2010). Показатель экономической эффективности инновационной программы комплексной медико-социальной реабилитации детей и подростков составил 8,1 (Каражанова А.С., 2010).

Еще 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 (Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г., 2006).

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 молодежи и взрослых 19-32 лет (Катков А.Л., Молчанов С.Н., Юсупов О.Г., 2006).

Еще две диагностические методики были разработаны с целью раннего выявления такого стремительно набирающего обороты типа социальной эпидемии, как интернет-аддикции (Катков А.Л., Аманова Ж.Ш., 2011).

С целью проведения масштабных эпидемиологических исследований и определения уровней социального психологического здоровья - устойчивости к агрессивному влиянию среды разработан специальный много-

функциональный опросник (ПМО), позволяющий, в том числе, решать задачи исследовательского и прикладного характера (Катков А.Л., 2006).

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 (Катков А.Л., 2010).

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 (Катков А.Л., Мусинов С.Р., 2003; Алтынбеков С.А., Катков А.Л., 2006; Катков А.Л., 2009) охватывала наркологическую специфику. Вторая группа – специфику социальной психиатрии, психотерапии, клинической и консультативной психологии (Катков А.Л., Айбасова Г.Х., 2007).

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

Основопологающим дефицитом, «запускающим» весь комплекс деформирующих факторов в сфере разработки и реализации профессио-

нальных 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 «усеченные» 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 объемы 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 объемы 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 объеме 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, аддиктологического консультирования, с чего, собственно, должна начинаться профессиональная работа с профильной группой клиентов, вообще не фигурирует в утвержденных стандартах квалификационных требований);

4) количественная неполнота, содержательная бедность и недостаточная продолжительность (включая и ступенчатые курсы) программ профессиональной подготовки специалистов аддиктологического, психиатрического, наркологического, психолого-психотерапевтического, 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 мета-модели 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, определяемого 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 мета-модели социальной психотерапии.

*Определение* – под мета-моделью 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 мета-модели СП – свойства и уровни индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды, определяемые и формируемые за счет специально разработанных подходов и технологий.

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

Для того чтобы в мета-модели 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 обновленной системы профессиональных стандартов СП;

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

- четкая идентификация общей целевой группы и основных фокусных групп СП по профилю функциональной активности каждого из обозначенных кластеров (за счет использования специальных скрининговых, диагностических технологий);

- реализация универсального профилактического компонента СП (за счет использования инновационных технологий первичной профилактики вовлечения в социальные эпидемии);
- реализация лечебно-реабилитационного компонента СП в каждом из дифференцированных технологических кластеров (за счет использования инновационных технологий психолого-психотерапевтической помощи, специальных реабилитационных технологий);
- проведение постоянного многоуровневого мониторинга эффективности СП в целом и по отдельным компонентам действующей мета-модели в частности.

Структурные характеристики мета-модели СП, в свете всего сказанного, следующие.

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

Данное требование выполняется за счет 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 помощь оказывается в поликлиниках общесоматической сети, специализированных учреждениях здравоохранения, санаторно-курортных и других учреждениях; при этом используются стандартные тех-

нологии основных психотерапевтических модальностей и консультирования). Основным в приведенной 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 еще и в соответствии профильной помощи современным требованиям – безопасности, доступности, широкого ассортимента, достаточного объема и высокого качества предоставляемых услуг. Система аддиктологической помощи, с учетом целей и задач мета-модели 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 ини-



циативных 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 мета-модели СП, с учетом всего вышесказанного, следующие.

Теоретической основой технологий, используемых в мета-модели 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 следующее:

- блок скрининговых технологий, позволяющих идентифицировать истинные уровни психологического здоровья-устойчивости населения, распространенность 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 мета-модели 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 помощи – психолого-психотерапевти-

ческой, аддиктологической, саногенной, используемых при формировании мета-модели социальной психотерапии;

– блок технологий мониторинга эффективности каждого компонента СП и мета-модели социальной психотерапии в целом.

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

Тем не менее, следует подчеркнуть особую роль специальных организационных технологий в деле становления и устойчивого развития мета-модели социальной психотерапии, эффективно преодолевающей 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 четко идентифицировать предмет, параметры и методы оценки качества ПП, а также использовать наиболее адекватные способы постоянного улучшения всех компонентов оказания ПП.

Вышеназванное определение подчеркивает конструктивные особенности и прагматический характер разработанной системы управления качеством ПП, направленных на реализацию следующего алгоритма: 1) формирование адекватных, научно обоснованных представлений о предметной сфере организационно-управленческих усилий, обеспечивающих ито-

говое 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 с 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 – четко 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 ее оказания, эффективностью. Основное функциональное назначение данного структурного блока КСМК – четко определить параметры, методы исследования и оценки качества профильной помощи. Т.е. каждому из вышеназванных компонентов соответствуют определенные методы и технологии оценки качества 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 качества. При этом имеется в виду необходимость реализа-

ции 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 схеме 7 представлена общая структура КСМК с основными характеристиками каждого системного компонента.

Как следует из схемы 7, 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 мета-модель социальной психотерапии);

- технологическими процессами, соответствующими каждому профилю противодействующих усилий, ассоциированных в мета-модели социальной психотерапии;

- обеспечения необходимыми ресурсами – кадровыми, структурными, материально-техническими, финансово-экономическими, формирующими адекватный масштаб противодействующих усилий;

- 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

Структура КСМК ИП и основные характеристики каждого системного компонента



подпроцесса; 3) достижения максимально возможной степени соответствия производимых услуг разработанным технологическим эталонам и потребностям целевых групп населения; 4) постоянного обновления данного цикла на всё более высоком технологическом и организационном уровнях.

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-эталонны 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 счет 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 специальной 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 мета-модель социальной психотерапии;

- масштабное внедрение соответствующих технологических блоков по основным направлениям противодействующей активности;
- осуществление промежуточного, а также итогового контроля эффективности по отдельным технологиям, профильным кластерам, мета-модели 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 мета-модели 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 нормативно 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 счет повышения эффективности нормативного регулирования деятельности системы профильной помощи.

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

Узкофункциональное определение профессионального стандарта, соответственно, подразумевает наличие утвержденного 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 мета-модели 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 мета-модели 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).

Вышеприведенная 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 определенного 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 вышеприведенных пунктов, определяющих структуру и содержание профессионального стандарта, обеспечивает целостность и самодостаточность данного инструмента. Так, позиции 3, 4, 5 приведенной структуры стандарта могут ис-



пользоваться при оценке промежуточных индикаторов, а позиция 6 – при оценке конечных индикаторов качества ПП. Позиция 7 в приведенной универсальной структуре определяет методологию оценки эффективности и качества оказываемой ПП.

Принцип системного взаимодействия и взаимопотенцирования вышеобозначенных профессиональных стандартов профильной помощи раскрывается в схеме 8.

Как следует из схемы 8, 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 мета-модели социальной психотерапии, дает 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, объему и качеству предоставляемых видов помощи будет, в свою очередь, определять содержание стандарта спецификации и квалификации специалистов, действующих в мета-модели социальной психотерапии.

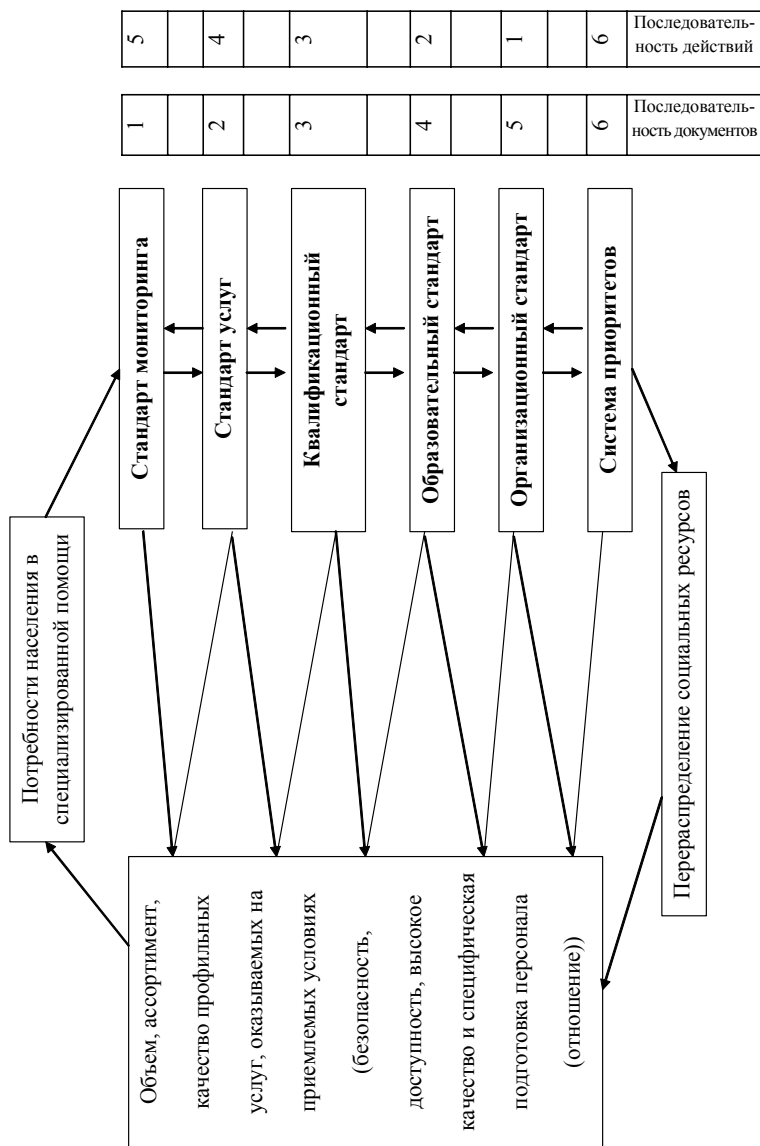
Соответственно, содержание последнего стандарта будет обуславливать специфику стандарта профессиональной подготовки профильных специалистов.

Далее, на основании содержания всех вышеназванных стандартов производится необходимый расчет 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 приведенной 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 мета-модели СП.

Система профессиональных стандартов в сфере противодействия социальным эпидемиям



*Модель отраслевого кластера* является наиболее эффективной организационно-управленческой структурой профильной помощи, действующей в рамках мета-модели 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 определенного 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, утвержденный руководителями соответствующих научных, образовательных и практических учреждений и организаций.

По аналогичной схеме осуществляется взаимодействие профильных кластеров в мета-модели 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 ПП.

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 мета-модели 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 утвержден приказ Министерства здравоохранения РК «Об организации кластера в системе наркологической по-

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

В рамках утвержденных 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 отчетливая 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 тысяч 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 тысяч 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 тысяч населения; показатель общей заболеваемости снизился с 360,4 до 306,2 на 100 тысяч населения (Ганина Л.Ю., Гафарова Н.В., 2011).

Всё 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.

## **Выводы**

В результате полноценной реализации комплексного исследовательского проекта было установлено, что мета-концепция социальных эпидемий:

- содержит обоснованные аргументы для объединения наиболее деструктивных социальных процессов – вовлечения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания); вовлечения в деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные культы и секты, экстремистские организации, игромания, 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 мета-концепции 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 счет 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 мета-концепция 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 мета-концепция социальных эпидемий представляется как дееспособная и состоятельная научная система, дающая внятные объяснения 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 – аргументированно обосновывающая обновленные 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; мета-модель 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. Абева А.Г. *Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности зависимых от психоактивных веществ – контингента специальных лечебно-принудительных учреждений: автореф. дис. 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. дис. 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., Юсопов 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., Юсопов О.Г. *Тренинг асертивности в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации.* – Павлодар, 2004. – 27 с.

9. Аманова Ж.Ш., Юсопов 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 неоабилитация больных опиоидной наркоманией.* – Павлодар, 2005. – 287 с.

11. Василенко И.В. *Третьичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опиоидной наркоманией (клинико-социальный и организационно-экономический аспекты): автореф. дис. 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. дис. 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. дис. на соискание ученой степени д.м.н.* – Павлодар, 2010. – 49 с.

16. Ескалиева А.Т. *Эмоциональные нарушения и качество жизни у больных опиоидной наркоманией, инфицированных ВИЧ (клинико-психологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. 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. дис. 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. дис. 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. дис. 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, г. 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. *Интегра- тивно-развивающая, групповая психотерапия зависимых от психоак- тивных веществ*. – Павлодар, 2004. – 267 с.

43. Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В. *Интегра- тивно-развива- ющая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ // Психотерапия*. – М.: Литера-2000, 2003. – № 12. – С. 15-24.

44. Катков А.Л., Титова В.В. *Интегра- тивно-развивающая, двух- уровневая психотерапия наркозависимых // Наркология*. – М.: Литера- 2000, 2002. – № 9. – С. 27-35.

45. Коцегулова Р.М. *Исследование клинко-психопатологических проявлений зависимости от героина при терапии атипичными (рисперидон, клозапин) и классическим (галоперидол) нейролептиками: авто- реф. дис. на соискание ученой степени к.м.н.* – Павлодар, 2007. – 30 с.

46. Кусаинов А.А. *Негативные психопатологические синдромы в клинике героиновой наркомании*. – Алматы, 2010. – 24 с.

47. Макаров В.В., Катков А.Л. *Роль и место психотерапии в лече- нии 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 анти- наркотической устойчивости в младшем школьном возрасте: Методи- ческие рекомендации*. – Павлодар, 2005. – 29 с.

49. Молчанов С.Н. *Особенности формирования ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н.* – Павлодар, 2006. – 26 с.

50. Нургазина А.З. *Особенности групповой психотерапии подрост- ков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н.* – Павлодар, 2006. – 28 с.

51. Пак Т.В. *Особенности групповой психотерапии больных нарко- манией: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н.* – Павлодар, 2004. – 28 с.

52. Рамм А.Н. *Динамика клинко-психопатологических синдромов и социальных характеристик ремиссии у пациентов, зависимых от фе- нилпропаноламина: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н.* – Алматы, 2008. – 25 с.

53. Россинский Ю.А. *Ранняя профилактика и неоабилитация больных опи- кой наркоманией (региональный, клинко-психологический аспекты): автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н.* – Томск, 2005. – 37 с.

54. Титова В.В. Исследования эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: автореф. дис. на соискание ученой степени к.м.н. – СПб., 2004. – 31 с.

55. Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 229-269.

56. Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 190-228.

57. Lambert M.J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 143-189.

58. Margraf J., Bauman V., Bedentung W. Schreben Psychotherapenten der Erfahrung zu? // *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1986. – Vol. 15. – p.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.p. 555-565.

60. Stein D.H., Lambert M.J. On the relationship between therapist experience and psychotherapy out-come // *Clinical Psychology Review*, 1984. – Vol. 4. – p.p. 127-142.

## **ЧАСТЬ II**

### **КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ТИПОВ ДЕСТРУКТИВНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ**

В ходе реализации 1-го этапа комплексного исследовательского проекта нами проводился сбор и анализ первичной информации о следующих деструктивных социальных процессах: формирование адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации, вовлечение в химическую зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания); вовлечение в экстремистские организации и тоталитарные секты; формирование патологического пристрастия к азартным играм; интернет-зависимость – итого 6 дифференцируемых типов социальных эпидемий.

Анализ проводился по следующим параметрам: 1) определение и основные характеристики; 2) данные о распространенности; 3) данные о вредных последствиях; 4) оценки социального ущерба; 5) механизмы вовлечения; 6) способы социального противодействия; 7) общая оценка эффективности социального противодействия в РК.

Ниже приводятся краткие характеристики основных типов социальных эпидемий с указанием тех источников информации, на которые имеются ссылки в тексте.

#### **1. Формирование адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации**

##### ***1.1 Определение и основные характеристики***

В последние десятилетия всё большее количество исследователей указывают на тот факт, что наиболее масштабные и сложные социальные проблемы связаны с качественными нарушениями в сфере индивидуального и социального психического здоровья, а не только с явной дезорганизацией психической деятельности, которую можно квалифицировать как психическую болезнь. В данной связи стали интенсивно разрабатываться определения качественных категорий психического здоровья, адресованные к каким-либо существенным обстоятельствам, их обеспечивающим, и критерии, по которым можно судить о представленности дифференцированных уровней качества психического здоровья среди населения. Так, с начала 50-х годов пошлого столетия вошел в употребление термин «психологическое здоровье», отражающий качественные характеристики психики человека, имеющие непосредственное отношение к вектору социализации, как позитивной, так и негативной (Шапиро Д., 2003).

При отсутствии разработанной методологии и конвенциональных критериев, используемых при определении категории психологического здоровья, семантические границы данного термина, приводимые различными авторами, выстраиваются достаточно произвольно. Так, по мнению А. Маслоу (1993), феномен психологического здоровья связан с гармоничной, самоактуализированной личностью. С.Р. Rogers (1951) считал, что психологическое здоровье удовлетворяет критериям полностью функционирующей личности с тремя основными признаками такой самодостаточности: 1) открытость для собственного опыта; 2) жизнь в соответствии с осознанными экзистенциальными принципами и опытом; 3) доверие своему организмическому опыту как основе собственных решений и действий. М. Jahoda (1958) выделяет уже шесть таких критериев: 1) позитивная установка по отношению к собственной личности; 2) духовный рост и самореализация; 3) интегрированная личность; 4) автономия и самодостаточность; 5) адекватность восприятия реальности; 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира. J. Brandstädter (1982) считал, что в характеристиках психологического здоровья следует учитывать два принципиальных основания: концепция оптимального развития индивида и ценностные суждения, основанные на нормативных представлениях о человеческом бытии. Р. Уайт (2003) под психологическим здоровьем понимал направленное, позитивно-самовознаграждающее поведение, удовлетворяющее потребность в контроле над окружающей средой, для которого характерны компетентность, мотивация, активная способность к действиям. Ю.А. Александровский (1996) в качестве основных характеристик психологического здоровья выделял такие, как наличие глубоких нравственных убеждений, готовность в преодолении жизненных испытаний, наличие умения адекватно использовать собственные психологические ресурсы, личная инициатива, позитивный вектор отношения к жизни, пластичность психических процессов. Если во всех вышеупомянутых определениях лишь в той или иной степени отмечается способность противостоять или проявлять компетентность в совладании с требованиями среды, то по С. Мадди (1998), Д.А. Леонтьеву (2002) понятие «жизнестойкость» является стержнем и наиболее адекватной характеристикой феномена психологического здоровья.

Несмотря на активную разработку проблемы психологического здоровья в конце прошлого и в начале нынешнего столетия, в методологических вопросах по определению уровней психологического здоровья и эпидемиологических вопросах по выявлению особенностей распределения данных уровней среди населения, ситуация, по выражению А. Маслоу,

напоминала «партизанские вылазки», прокладывающие дорогу будущим масштабным проектам.

В отношении критериев, по которым возможно определение уровней качества индивидуального и социального психического здоровья, чаще всего называют характеристики феномена адаптации (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1993). При этом в отношении приспособительных реакций человека употребляют и более сложные термины: «социально-психологическая адаптация», «социально-психическая адаптация», «психическая адаптация». В сущности, речь идет об одном и том же феномене, под которым понимаются процессы и явления, наблюдаемые на уровне нервно-психической деятельности, возникающие в результате активного решения задач, связанных с проблемными ситуациями. В границах феномена психической адаптации различают состояния адаптированности и дезадаптации (Воробьев В.М., 1993), равновесные и неравновесные состояния (Прохоров А.О., 1996). Считается, что высокому уровню психического здоровья соответствуют сравнительно большие адаптационные возможности человека (Сиренко О.И., 1993). Более дифференцированные классификации уровней адаптации, по мнению С.Б. Семичова (1982, 1987), С.В. Запскалова, Б.С. Плотнокова (1991), В.П. Вахова (1997), дают возможность структурирования уровней социального психического здоровья. Так, названными авторами выделяются два вида (субъективная – внутренняя социальная адаптация и внешняя социальная адаптация) и три уровня адаптации (полная социальная адаптация, неполная социальная адаптация, нарушение социальной адаптации). Комбинации видов и уровней адаптации формируют 5 уровней психического здоровья: уровень стабильного психического здоровья, уровень риска, уровень предболезни, донозологический уровень, уровень болезни. Эпидемиологические исследования, проводимые в Российской Федерации с использованием данной классификации, показали следующее распределение идентифицируемых уровней психического здоровья среди населения: уровень стабильного психического здоровья – 11,3%; уровень риска – 31,6%; уровень предболезни – 34,6%; уровень донозологический – 6,2%; уровень болезни – 16,3% (Запскалов С.В., Положий Б.С., 1991).

### ***1.2 Данные о распространенности***

Ведущей закономерностью в распространении психических и поведенческих расстройств в последние десятилетия, особенно в последней четверти XX века, является беспрецедентный рост пограничных (непсихотических) форм психических и поведенческих расстройств, возникнове-

ние которых напрямую связано с нарушениями адаптации, конфликтами, стрессами, неблагополучным семейным и социальным окружением, физическими заболеваниями (ВОЗ, 2001).

Анализ динамики распространения психических и поведенческих расстройств, в частности субклинических и пограничных психических расстройств, а также уровней психического и психологического здоровья населения, оказывает наличие следующих тенденций.

В большинстве стран мира в последней четверти XX века относительно более тяжелыми (психотическими) расстройствами психики и поведения страдает 5-7% населения, в то время как пограничные психические расстройства обнаруживаются у 15-23% населения. Таким образом, общий уровень распространенности психических и поведенческих расстройств составил от 200 до 300 случаев на 1000 населения. В любое время тот или иной уровень психических и поведенческих расстройств наличествует у 10% населения. Около 20% всех больных, которых обследуют работники первичной медико-санитарной помощи, страдают от одного или большего числа психических расстройств. Каждая четвертая семья имеет обычно хотя бы одного члена, который страдает поведенческим или психическим расстройством.

В 15 экономически наиболее развитых странах, при растущей выявляемости психической патологии, в период с 1900 по 1995 г. средневзвешенный среднегодовой показатель распространенности всех психических болезней увеличился в 10 раз: с 30,4 до 303,7 на 1000 населения. По отдельным нозологическим профилям динамика данного показателя выглядит следующим образом: психозы – с 7,4 до 28,3 (рост в 3,8 раза); олигофрении – с 0,9 до 27,0 (рост в 30 раз); пограничные расстройства – с 9,6 до 205,3 (рост в 21,4 раза), из них неврозов и других невротических расстройств – с 2,4 до 148,1 (рост в 61,7 раза).

Собранный и проанализированный материал более 5 тысяч выборочных эпидемиологических исследований, проведенных в 125 странах за период 1950-1993 гг., показывает, что за эти годы показатель распространенности психических расстройств вырос почти в 2,5 раза: с 116,7 до 284,0 случаев на 1000 населения. Из них по профилю пограничных психических расстройств – с 69,7 до 230,9, что составляет более 80% объема в общей структуре распространенности психических расстройств.

На территории бывшего Союза, по данным выборочных эпидемиологических исследований, проводимых за период 1930-1991 гг., показатель распространенности всех форм психических и поведенческих расстройств увеличился с 37,3 до 298,4 – в 8 раз (Петраков Б.Д., 1995).



Об уровне распространения депрессивных расстройств и реакций свидетельствуют факты того, что ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством. Еще около 20 миллионов совершают суицидальные попытки (данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе»).

Между тем, приведенные факты базируются, в основном, на официальной статистике распространенности основных классов психических расстройств. Эпидемиологические исследования, проводимые среди сотрудников крупных промышленных предприятий Российской Федерации, показали, что у 54,3% обнаруживаются психические отклонения пограничного уровня; у 28% – соматизированные психические расстройства (Гиндикин В.Я., 1996).

По данным комплексного эпидемиологического исследования, проводимого среди населения Республики Казахстан с возрастом 12-55 лет в 2003 г., было выявлено, что распространенность субклинических форм психических и поведенческих расстройств в данной возрастной группе населения составляет 11,24%, что в 5,62 раза превышает официальный статистический показатель аналогичного порядка. При этом наибольшая разница между данными официальной статистики и результатами эпидемиологического исследования прослеживалась по профилю аффективных расстройств – в 85,6 раза; невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств – в 19,3 раза; расстройств личности и поведения – в 17,7. Кроме того, было установлено, что уровень распространения признаков, свидетельствующих о нарушении социальной адаптации среди исследуемой группы населения, составляет 12,5% (Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б., 2006).

### ***1.3 Данные о вредных последствиях***

Оценивая величину экономического и социального ущерба, приносимого проблемами, связанными с низким уровнем психического здоровья, Всемирный Банк и Гарвардский университет считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» психического здоровья. При этом что этот кризис оказывает влияние на существующую часть населения планеты (Всемирный день психического здоровья, 2000).

Согласно проведенным экономическим исследованиям, определяющим показатели глобального бремени болезней в единицах DALY, на долю психических расстройств в 1990 г. приходилось 10% от экономических потерь, несомых обществом. В 2000 г. этот показатель равнялся 12,1%. К 2020 году предполагается рост данного показателя до 15% (ВОЗ, 2001).

#### ***1.4 Оценка социального ущерба***

Наличие растущего и уже далеко не маргинального слоя населения с тяжелыми (от 5 до 7%) и пограничными (21-25%) расстройствами психики и поведения – это не только огромные экономические затраты, замедление темпов социального развития, снижение качества жизни существенной части населения. Это еще и необходимая база для распространения одного из самых масштабных и опасных феноменов последнего столетия – социальных эпидемий химической (наркомания, алкоголизм, токсикомания) и психологической (вовлечение в деструктивные культы и секты, экстремистские организации, игромания) зависимостей.

Для индивида с признаками синдрома деморализации, которые обычно сопутствуют адаптационным расстройствам, характерно поисковое поведение в сторону удовлетворения осознаваемого либо неосознаваемого ресурсного запроса. Весьма часто (особенно в условиях дефицита эффективной первичной психотерапевтической и консультативно-психологической помощи, а также высокой активности сетевых структур по распространению запрещенных психоактивных веществ и жестких манипулятивных технологий, связанных с изменением сознания) такой поиск заканчивается первыми пробами наркотиков, приобщением к соответствующему идеологическому допингу, вовлечением в химическую и психологическую зависимость.

Нашими исследованиями (Катков А., 1998) убедительно показано соответствие основной формы реагирования на агрессивное воздействие среды дифференцированным уровням индивидуального и социального психологического здоровья. Индивиды и группы с высоким уровнем психологического здоровья на кратковременные стрессы, как правило, отвечают реакциями психофизиологической мобилизации, при которой все группы ресурсов – биологических, психологических, креативно-пластических – актуализируются на эффективное противостояние и преодоление возникших проблем. Индивиды и группы с низким уровнем психологического здоровья на эти же стрессоры реагируют нецеленаправленной агрессией (иногда – аутоагрессией), реакциями страха, тревоги, отчаяния, формированием деструктивных психологических защит, с отсутствием каких-либо перспектив в решении возникающих проблемных ситуаций.

Последняя форма реагирования на агрессивную информацию активно используется экстремистами и кибертеррористами для достижения своих основных целей по расшатыванию или низложению существующего социального порядка.

### **1.5 Механизмы вовлечения**

Среди основных причин распространения психических и поведенческих расстройств выделяют:

- эндогенные (хромосомные, наследственные, с наследованным предрасположением или многофакторные);
- экзогенные (обусловленные внешними биологическими факторами);
- психогенные (основной этиологический фактор – конфликт личности с неприемлемой для нее ситуацией, которая обозначается как психотравмирующая);
- соматогенные (обусловленные соматическими заболеваниями) (Александровский Ю.А., 2009).

По крайней мере, три из перечисленных основных причин (1, 2 и 4) связывают с резким повышением агрессивности биологической среды и деградацией естественных саногенных механизмов, тысячелетиями поддерживавших потенциал индивидуального и социального здоровья.

Первопричину такой ситуации многие исследователи видят в техногенной деятельности человека. По мнению Клауса Шваба, основателя Давосского экономического форума, мы никогда не поймем сути тех мощных деструктивных процессов (которые обозначаются как глобальные кризисы и которые сотрясают в последние годы не только экономику, но и общество в целом), если не примем того факта, что человечество живет в глубоко мутированном, качественно измененном мире. И основной мутагенный фактор – человек с его проектами переустройства информационного, биологического и физического пространства.

Такие общеизвестные и общепризнанные характеристики социального развития, как «цивилизация», «технический прогресс», связанные с достижением социальных целей человечества, как правило, антиэкологичны (Bateson G., 1972). Самый сокрушительный удар по естественным экосистемам был нанесен в XX веке. В результате хозяйственной деятельности человека были разрушены или серьезно деформированы такие важнейшие экологические системы планеты, как лесные, тропические, степные, лесо-тундровые (Данилов-Данельян В., Лосев К., Рейф И., 2005).

Среди причин, формирующих экологические угрозы и катастрофы, наиболее часто называются: неконтролируемый рост численности населения и сопутствующий неконтролируемый рост потребления; техногенная деятельность человека с невозполнимой амортизацией природных ресурсов; дефицит экологических (рециклических, рекультивирующих, безотходных и утилизирующих) технологий; дефицит глобальных экологических и геополитических стратегий; бедность и отсутствие средств на вос-

произведение биоресурсов в сельском хозяйстве; дефицит экологического сознания и сопутствующей мотивации у политических и бизнес-элит (обзор деятельности по охране окружающей среды, 1999; экология и нарушение прав человека, 2002).

Некоторыми исследователями в качестве основного фактора, ведущего к глобальной экологической катастрофе, называется «вопиющая экологическая ущербность» современной экономической модели. В данной модели вообще не присутствует адекватный учет экологического ущерба и издержек. Не учитывается или намеренно занижается стоимостная оценка природы, ее глобальных экосистемных функций. Для таких мировых экономических моделей характерна технократическая ориентация, неэффективность и узость рыночных механизмов, экологическое и правовое невежество, милитаризация сознания, человеческая жадность, халатность и цинизм (Земцова Л.В., 2002; Шуленина Н.В., 2003).

Подчеркивается, что негативные экологические тенденции существенно сказываются на социально-экономическом благополучии, политической стабильности целых регионов, увеличивают нищету и обостряют обстановку в странах, находящихся на грани гуманитарной катастрофы. Загрязнение среды ведет к исчезновению биологического разнообразия и ресурса устойчивости, к существенному снижению качества здоровья населения (Шуленина Н.В., 2003). Ведущими западными аналитиками в числе основных угроз безопасности для жителей стран постсоветского пространства называются следующие экологические факторы и их последствия: 1) деградация окружающей среды; 2) технические катастрофы и аварии; 3) один из самых высоких в мире уровней смертности от заболеваний, связанных с экологическими и социальными стрессами (Синдром утомления планеты, 2004).

Но, кроме того, цивилизация и технический прогресс за счет использования современных медицинских технологий нанесли удар по биологическому стержню адаптивной регуляции человека – механизму естественного отбора. В то время как новые, эффективные способы формирования индивидуального и социального здоровья, полностью компенсирующие утрату естественных саногенных механизмов, еще не найдены. В результате генетическое качество популяции стремительно ухудшается.

Третью причину распространения психических и поведенческих расстройств – психогенные факторы – связывают с резким повышением агрессивности информационной и социальной среды.

Достаточно «умеренная» книжная информационная цивилизация, доминирующая до середины прошлого века (Бездидько А.В., 2004), уступит

ла место гораздо более массовым и актуальным способам подачи информации. Картину мира современного человека в основном стали формировать кинематограф, телевидение, Интернет (Хренов Н.А., 2003; Marliere Ph., 1998). Причем содержание информационных программ, особенно новостных, рекламных, для которых главный проводник Интернет и телевидение, многими исследователями оценивается как агрессивное и деструктивное (Каримова Л.И., 2003; Науменко Т.В., 2003; Дорожжина Р.А., 2004). О прямом негативном влиянии средств массовой информации на психическое здоровье населения, информационной продукции (компьютерных игр и др.) на психическое и психологическое здоровье детей и подростков сообщают Ю.И. Полищук (2003), В.А. Шилова (2004), И.В. Кузина (2004). Сверхинтенсивная вовлеченность представителей восходящего поколения – детей, подростков, молодежи – в деятельность всемирной информационной сети порождает новый тип своеобразной психологической зависимости (так называемая интернет-зависимость) с очевидными деструктивными последствиями для формирующейся психики (Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В., 2004; Елшанский С.П., 2005; Райхман И.И., 2007; Мухаметзянова М.Р., Менделевич В.Д., 2009).

В последние десятилетия и годы всё чаще сообщается о деструктивном влиянии на общий уклад и качество жизни современного человека такого явления, как массовая культура – продукта деятельности СМИ. При этом подчеркивается, что средства массовой информации, фокусируясь на деструктивных событиях – насилии, разрушениях, локальных или глобальных катастрофах, создают ложную, стрессующую реальность, виртуальный трагический мир, насыщенный опасностью, угрозой, агрессией (Безносюк Е.В., Князева М.Л., 2003).

Глобальные изменения в коммуникационных системах имеют не только предсказуемо-позитивный, но и негативный вектор воздействия на устоявшуюся социальную среду во многих регионах мира.

Наряду с ускорением темпов технологического прогресса, отмечаемого практически повсеместно в связи с распространением такого эпохального явления, как глобализация, многими исследователями констатируется сопутствующее нарастание социальных противоречий и, как следствие, повышение агрессивности социальной среды. Высказываются мнения о том, что на деле процесс глобализации обостряет противоречия между экономическими и демократическими детерминантами развития социума. Глобальная экономика фактически лишает многих граждан возможности трудиться и реализовать иные гражданские права (Amin S., 2000). Глобализацию оценивают как экспансию европоцентризма в экономику и

политику менее развитых стран (Pieterse J.N., 2000). В данной связи всё чаще поднимается тема столкновения цивилизаций (Tiryakian E.A., 2001; Mazlish Br., 2001; Schäfer W., 2001). Цивилизационные «войны» характеризуются различными типами экспансий, разрушающими национальные и культурные уклады народов: экономическими, политическими, идеологическими, гуманитарными (миграция), информационными. К наиболее опасным типам экспансий относят террористические, экстремистские, криминально-наркотические (Toulmin S., 1999).

Отрицательные последствия глобализации и функционирования в режиме открытого или полукрытого общества в полной мере коснулись постсоветских государств. Интеграция последних в глобальную систему обернулась резким обострением социальных противоречий вследствие криминального и номенклатурного передела собственности, проявлений экономического монополизма и доминирования рецидивов идеологического тоталитаризма – националистических и этнических идеологий как средств поддержания порядка в ситуации социально-экономической турбулентности (Орлов А.Б., 2003; Шуленина Н.В., 2003).

Ведущими западными аналитиками, в числе прочих, называются следующие основные угрозы безопасности личности и гражданского общества в странах СНГ: 1) бедность, социальное расслоение и общий низкий уровень жизни, создающий возможность социальной и культурной деградации; 2) высокий уровень насилия в обществе, связанный с резкими общественными изменениями; 3) высокий уровень преступности, «неестественной» (отравления, травмы и несчастные случаи) и насильственной смерти (The National Security Strategy of the United States of America, 2002; A Secure Europe in a Better World: European Security Strategy, 2003). Российские исследователи в числе основных называют следующие причины роста социальной напряженности: 1) потеря социальной уверенности в связи с низким уровнем жизни и негарантируемостью социальной помощи в чрезвычайных ситуациях; 2) отсутствие личной безопасности в связи с нарастающей криминализацией общества; 3) дискриминация по половому, национальному (на бытовом уровне) и возрастному признакам; 4) проблема беженцев и мигрантов; 5) возрастающая безработица; 6) потеря стабильности, нарастание количественных изменений в единицу времени в основных экзистенциально важных сферах; 7) гиперстимуляция на информационном уровне, необходимость принятия большого количества жизненно важных решений в сравнительно короткое время.

Влияние всех вышеназванных факторов, во-первых, приводит к состоянию эмоционального напряжения, дистресса и распространению в

популяции психических нарушений – отклоняющегося поведения, личностных расстройств, нарушения адаптации, посттравматических стрессовых расстройств (Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н., 2002). А во-вторых, формирует особый психологический тип постоянно стрессированного человека, обладающего таким сочетанием качеств, как незащищенность перед агрессивным миром и неустойчивость перед воздействием меняющихся факторов среды. С одной стороны, у него исчерпан потенциал сочувствия, то есть он тотально безразличен к страданиям других. С другой – он тревожен, мнителен, наполнен своими собственными страхами и агрессией. Таким человеком можно легко управлять и манипулировать с использованием тех же стрессоров, которые и формируют данный психологический тип (Безносук Е.В., Князева М.Л., 2002).

### ***1.6 Способы социального противодействия***

В силу всего вышесказанного проблемы технического и психологического здоровья и профилактика психических болезней в XXI веке будут в центре внимания общественности (Rafferty F.T., 1988).

Главный вопрос, который сейчас встает перед учеными и практиками всего мира: что такое служба психического здоровья и кем она должна быть представлена (Сарториус Н., 1998). Такой вопрос более чем правомерен в ситуации, когда доминирующие установки психиатрического сообщества и существующая практика оказания психиатрической помощи сводятся к выявлению и лечению тяжелых психически больных (Gellner E., 1987). Между тем совершенно очевидно, что большая часть лиц с субклиническими, пограничными формами психических и поведенческих расстройств и признаками нарушения адаптации вообще не получает какой-либо помощи, в том числе адекватной психотерапевтической и консультативно-психологической помощи, в которой данные лица нуждаются более всего. Т.е. страдает в первую очередь процесс выявления категории лиц с расстройствами адаптации, проявляющихся в виде синдрома деморализации. Далее следует признать очевидный дефицит звеньев первичной психотерапевтической и консультативно-психологической помощи для данной категории пациентов.

Специально следует отметить тот факт, что нормативное обеспечение процесса оказания профессиональной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами в бывших союзных республиках выстроено, с учетом прошлых злоупотреблений, таким образом, чтобы в первую очередь защитить права граждан и оградить их от какого-либо нежелательного профессионального вмешательства.

Рассматриваемая сфера специализированных услуг является наиболее стигматизированной в обществе, где сами термины «психиатрия», «психотерапия» воспринимаются с оттенком страха и ущербности. Последний фактор является серьезным дополнительным препятствием к получению адекватной профессиональной помощи.

Что касается психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, то они, в большей степени, сводятся к общим рекомендациям уменьшения агрессивности среды, правильного семейного воспитания и раннего формирования навыков здорового образа жизни.

### ***1.7 Общая оценка эффективности социального противодействия в РК***

Общая оценка эффективности усилий, противодействующих распространению психических и поведенческих расстройств, связанных с нарушением адаптации, и реализуемых в Республике Казахстан и бывших союзных республиках, складывается из признания фактов:

*наличия:*

- национальных программ в сфере психического здоровья населения;
- законодательной и другой нормативной базы (ведомственные и межведомственные приказы, положения, инструкции, отдельные группы профессиональных стандартов), регулирующей профессиональную деятельность в сфере обеспечения индивидуального и социального психического здоровья;
- свободного доступа к информации психогигиенического и психопрофилактического характера;
- свободного доступа к государственной системе психиатрической помощи;

*дефицита:*

- эффективной первичной психотерапевтической помощи лицам с проявлениями синдрома деморализации (по Дж.Д. Франку) в рамках имеющихся адаптационных расстройств;
- эффективной первичной консультативно-психологической помощи, оказываемой тому же контингенту лиц;
- институтов профессиональной психотерапии и консультирования, противодействующих стигматизации и развивающих наиболее востребованные виды профессиональной помощи;

*отсутствия:*

- научно обоснованных концепций преодоления дефицита естественных саногенных механизмов, формирования приемлемых уровней психического и психологического здоровья;



- доказательно эффективных методов и стратегий первичной профилактики распространения адаптационных расстройств с проявлениями синдрома деморализации;
- организационных моделей и соответствующих нормативных положений, обеспечивающих масштабную институализацию разрабатываемых технологий и методов в сфере обеспечения высоких уровней психологического здоровья населения;
- национальных программ мониторинга психического и психологического здоровья, определяющих, в частности, степень эффективности мероприятий по обеспечению высоких уровней психического и психологического здоровья населения.

Таким образом, в данном случае речь идет о достижении лишь второго уровня контроля, когда масштабы и темпы распространения рассматриваемой социальной эпидемии, в основном, известны, но противодействующие меры недостаточны для эффективного блокирования и разворота ситуации в нужном направлении.

#### **Список основных ссылок**

1. Александровский Ю.А. *Пограничная психиатрия и современные проблемы*. – Ростов-на-Дону, 1996.

2. Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В. *Психологическая модель Интернет-зависимости личности* // *Мир психологии*. – 2004. – № 1. – С. 179-193.

3. Бездидько А.В. *Системная целостность Человек – Книга как составляющая социально-психологической идентификации индивида в условиях книжной цивилизации* // *Мир психологии*. – 2004. – № 2. – С. 87-93.

4. Безносюк Е.В., Князева М.Л. *Психологический анализ и психопатологические феномены современной культуры* // *Российский психиатрический журнал*. – 2003. – № 5. – С. 4-10.

5. Безносюк Е.В., Князева М.Л. *Социально-психологические и патопсихологические феномены современной культуры* // *Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА*. – 2002. – № 4.

6. Вахов В.П. *Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики* // *Российский психиатрический журнал*, 1997. – № 1. – С. 32-35.

7. ВОЗ *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Общий обзор*.

8. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии // *Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*, 1993. – № 2. – С. 33-39.

9. Всемирный день психического здоровья // *Независимый психиатрический журнал*. – М. – № 4, 1998. – С. 83.

10. Гиндикин В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // *Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова*, 1996. – Т. 96. – № 6. – С. 54-58.

11. Данилов-Данильян В., Лосев К., Рейф И. *Перед главным вызовом цивилизации*. – М.: ИНФРА-М, 2005. – 224 с.

12. Дорожкина Р.А. Роль современной журналистики в социальной безопасности общества // *Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы*. – 2004. – № 4. – С. 71-79.

13. Елианский С.П. Проблема социокультурной детерминации психической патологии: патологическая зависимость от нехимических агентов // *Вопросы наркологии*. – 2005. – № 2. – С. 59-62.

14. Запускалов С.В., Плотников Б.С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья // *Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*, 1991. – № 2. – С. 20-25.

15. Земцова Л.В. *Экологические инновации и устойчивое развитие // Проблемы устойчивого развития: иллюзии, реальность, прогноз: Материалы 6-го Всерос. постоянно действующего науч. семинара «Самоорганизация устойчивых целостностей в природе и обществе», Томск, 13-15 нояб. 2002 г. - Томск, 2002.*

16. Каримова Л.И. Этнокультурные особенности восприятия рекламы // *Вопросы психологии*. – 2003. – № 6. – С. 52-55.

17. Катков А.Л. *Метамоделю социальной психотерапии // Восточно-Европейский институт психоанализа*. – СПб., 2004. – С. 238-248.

18. Катков А.Л. *Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 2. – С. 9-12.

19. Катков А.Л. *Основные направления научных исследований по наркологии в Республике Казахстан (2003-2005 г. г.) // Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения / Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая 2003 г.)*. – Томск, 2003. – С. 117-119.

20. Катков А.Л. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы // Сб. статей и тезисов Международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии». – Павлодар, 2007. – С. 172-235.
21. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года). – Павлодар, 2006. – 409 с.
22. Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н. Психическое здоровье в современной России // Наркология. – М., 2002. – № 9. – С. 10-15.
23. Кузина И.В. Средства массовой информации и юношество // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2004. – № 3. – С. 76-81.
24. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер, 2003.
25. Мухаметзянова М.Р., Менделевич В.Д. Сравнительные особенности прогностической деятельности и способности к самоуправлению лиц с наркотической и Интернет-зависимостями // Психическое здоровье. – М., 2009. – № 4 (35). – С. 31-34.
26. Науменко Т.В. Психологические методы воздействия на массовую аудиторию // Вопросы психологии. – 2003. – № 6. – С. 63-71.
27. Обзор деятельности по охране окружающей среды, 1999.
28. Орлов А.Б. Открытое общество: взгляд психолога (открытое письмо Дж. Соросу) // Вопросы психологии. – 2003. – № 3. – С. 154-158.
29. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических заболеваний в современном мире и в Российской Федерации // XII съезд психиатров России (материалы съезда). – М., 1995. – С. 98-99.
30. Полищук Ю.И. О негативном влиянии средств массовой информации на психическое здоровье // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. – 2003. – № 1. – С. 62-65.
31. Прохоров А.О. Неравновесные психические состояния и их характеристики в учебной и педагогической деятельности // Вопросы психологии, 1996. – № 4. – С. 32-43.
32. Райхман И.И. Психологические особенности игровой активности в Интернете: позитивные и негативные факторы влияния // Ж. Наркология. – М., 2007. – № 11. – С. 42-48.
33. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Российский психиатрический журнал. – № 4, 1998. – С. 4-7.

34. Семичов С.Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Л., 1982. – 68 с.
35. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – 184 с.
36. Синдром утомления планеты. – 2004. – <http://freeway.com.ua/news1327.html>
37. Суренко О.И., Терентьева А.В., Рожнов А.А., Стекачев К.Д., Лучкова М.Б. Уровень нервно-психического развития детей младшего возраста и возможность их адаптации в организованном коллективе // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1993. – Т. 93. – № 5. – С. 64-65.
38. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования // Обзор. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1993. – № 1. – С. 53-60.
39. Хренов Н.А. Кинематографическая картина мира как способ институционализации психологического потенциала личности // Мир психологии. – 2003. – № 4 (36). – С. 231-247.
40. Шапиро-мл. Д. Психологическое здоровье / Психологическая энциклопедия, 2-ое издание под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. – СПб., 2003. – С. 674-676.
41. Шилова В.А. Современная информационная среда и современные дети: социальная диагностика // Мир психологии. – 2004. – № 1. – С. 193-200.
42. Шуленина Н.В. Экологическая политика современной России: от императивов к аргументам // Вестник РУДН. - Серия: Политология. – 2003. – № 4.
43. Экология и нарушение прав человека, 2002.
44. A Secure Europe in a Better World: European Security Strategy. Paris, The EU Institute for Security Studies, 2003.
45. Amin S. Economic globalism and political universalism: conflicting issues? // J. of World-System Research. – N.Y., 2000. – Vol. VI, N 3. – P. 581-622.
46. Bateson G. Steps toward an ecology of mind. – New York: Ballantine Books, 1972, 331 p.
47. Brandstädter J. Kern und Leitbegriffe psychologischer Prävention // Psychologische Prävention. – Bern: Huber, 1982. – S. 217-307.
48. Gellner E. Psychiatry and salvation: Discussion paper // J. Roy. Soc. Med. – 1987. – Vol. 80, № 12. – P. 759-761.
49. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. – New York, 1958 // Basic Books, 321 p.

50. Marliere Ph. *The Rules of the Journalistic Field: Pierre Bourdieu's Contribution to the Sociology of the Media* // *European Journal of Communication*. – L., 1998. – Vol. 13, N 2. – P. 219-234.

51. Mazlish Br. *Civilization in a historical and global perspective* // *Intern. sociology*. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 293-300.

52. Pieterse J.N. *Globalization and human integration: we are all migrants* // *Futures*. – N.Y., 2000. – Vol. 32, N 8. – P. 385-398.

53. Rafferty F. T. *Resolved: Child. And a dolescent psychiatric practice in the twenty- first centry will largely be hospital based* // *J. Amer. Acad. Child. Adolest. Psychiatr.* - 1988. – Vol. 27, № 6. - P. 815-818.

54. Rogers C.R. *Client-centered therapy*. – Boston: Houghton Mifflin, 1951.

55. Schäfer W. *Global civilization and local cultures* // *Intern. sociology*. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 301-319.

56. *The National Security Strategy of the United States of America, 2002* (<http://www.whitehouse.gov/nsc/nss.html>).

57. Tiryakian E. A. *Introduction: The civilization of modernities and the modernity of civilizations* // *Intern. sociology*. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 277-292.

58. Toulmin S. *The ambiguities of globalization*. - // *Futures*. – N.Y. 1999. – Vol. 31. P. 905-912.

## **2. Вовлечение в химическую зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания)**

### **2.1 Определение и основные характеристики**

Согласно современным руководствам, под химической (алкогольной, наркотической, токсической) зависимостью следует понимать сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление психоактивного вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума.

Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество.

Возвращение к употреблению психоактивного вещества (ПАВ) после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков данного синдрома, чем у лиц, ранее не имевших признаков зависимости.

Диагноз синдрома зависимости может быть поставлен только при наличии трех или более из нижеперечисленных признаков, возникавших за последние 12 месяцев:

- сильная потребность или необходимость принять ПАВ;
- нарушение способности контролировать прием ПАВ (начало употребления, окончание и дозировки употребляемого ПАВ);
- физиологическое состояние отмены, при котором прием ПАВ прекращается или изменяется, о чем свидетельствуют: характерный для определенного ПАВ синдром отмены (признаки физического и психического дискомфорта) или использование того же или сходного вещества для облегчения или предотвращения симптомов отмены, при осознании того, что это является эффективным;
- признаки толерантности, такие как увеличение дозы ПАВ, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами;
- прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления ПАВ, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема ПАВ или восстановления после его действия;
- продолжение употребления ПАВ, несмотря на очевидные вредные последствия.

Психоактивным веществом (ПАВ) считается такое вещество, прием которого обычно приводит к изменению сознания и психики.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), к психоактивным веществам относятся: алкоголь, опиоиды, каннабиноиды, седативные или снотворные вещества, кокаин, другие стимуляторы, в том числе кофеин, галлюциногенные, табак, летучие растворители.

Все психоактивные вещества могут стать источниками злоупотребления, неправильного употребления и развития психологической и физической зависимости (Минко А.И., Ланский П.В., 2003; Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А., 2008; Международная классификация болезней 10-го пересмотра, 1994).

## ***2.2 Данные о распространенности***

По данным Департамента по наркотикам и преступности ООН, Европейского Центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости, в период 2006-2007 гг. не менее 4,9% населения мира имели опыт потребления наркотических средств с немедицинской целью. То есть речь идет о популяции в 200 миллионов человек, 100 миллионов из которых злоупотребляют наркотиками с вредными последствиями. По имеющимся данным, 25 миллионов представителей данной популяции имеют все признаки наркотической зависимости. Самыми распространенными наркотиками в мире являются каннабиноиды (гашиш, марихуана) – 81% от

общей популяции наркопотребителей. Далее идут амфетамины – 12,5%. Опиоиды употребляют 7,95% наркопотребителей. Кокаин стоит на четвертом месте – 6,7%. Основная тенденция наркопотребления последних 15 лет (начиная с 1992 года) – рост по трем из четырех наиболее востребованных групп наркотических веществ. Максимальный рост по группе каннабиноидов – плюс 4,5% с 1992 г., несколько меньший прирост по группе амфетаминов – плюс 1,1% за аналогичный период. По кокаину прирост составил 0,5%. Отмечается стабильная ситуация по группе опиоидов. При этом, однако, следует учитывать, что показатели преждевременной смертности в этой последней группе наиболее высокие (Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В., 2008; Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.; Доклад Международного комитета по контролю за наркотиками за 2007 год). Интерес представляют сравнительные данные о распространенности употребления психоактивных веществ среди подростков. При исследовании уровней употребления психоактивных веществ среди учащихся 15-16 лет по европейскому региону (34 страны) и в Российской Федерации были получены следующие данные. Курение распространено среди 22% подростков в Европейском регионе (по РФ – 29%). Употребление алкогольных напитков (в целом) – по Европейскому региону – 27%, по РФ – 23%. Крепкие алкогольные напитки в Европе употребляют до 40% подростков (в РФ – 19%). Вино – по Европе – 35%, РФ – 31%. Уровень потребления пива подростками РФ несколько выше – 52% против 49% в Европейском регионе. Ситуация с употреблением наркотических веществ и ингалянтов следующая. Продукты конопли употребляют по 19% подростков как в Европейском регионе, так и в РФ. Такая же ситуация по экстази (по 3% в сравниваемых регионах), галлюциногенам – ЛСД (по 3%), грибам (по 2%) и амфетаминам (по 1%) в сравниваемых регионах. Подростки в странах Европы употребляют ингалянты чаще, чем подростки, проживающие в РФ (9 против 7%). Таким образом, учащиеся в РФ опережают Европейских сверстников по уровням употребления табака и пива и «проигрывают» в отношении употребления крепких алкогольных напитков и ингалянтов. В целом, достаточно высокий уровень употребления представителями восходящего поколения легальных и особенно нелегальных психоактивных веществ не может не настораживать (Richardson S.C., Politicou K. and others, 2006; Kokkevi A., Gabhainn S.N., Spyropoulou M., 2006; Kokkevi A., Arapaki A. and others, 2007; Kokkevi A., Fotiou A., Richardson C., 2007; Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации, 2009; Вышинский К.В., 2009).

По Российской Федерации в 2008 году специализированными учреждениями Минздравсоцразвития было зарегистрировано 3 миллиона 318 тысяч больных наркологическими расстройствами, т.е. 2336,6 больных в расчете на 100 тыс. населения, или около 2,3% общей численности населения. По сравнению с 2007 годом показатель распространенности снизился на 1%, что отражало тенденцию последних 5 лет: некоторого снижения учтенной распространенности наркологических расстройств со среднегодовым темпом 0,6%. Следует отметить разнонаправленность данной тенденции среди мужского и женского населения: если показатель распространенности среди мужчин снижался со средней скоростью 1% в год, то среди женщин, напротив, возрастал на 1,6% в год. В целом за последние 5 лет среди женского населения РФ этот показатель увеличился на 8,3%. По классам основных психоактивных веществ также прослеживается разнонаправленная динамика. В 2008 году, в сравнении с показателями 2007 года, снижался уровень распространения алкогольной зависимости – 1,8%, токсикомании – на 4,4%. А вот показатель распространенности наркомании увеличился на 0,6%. При этом наркотическая зависимость и употребление наркотиков с вредными последствиями в общей структуре наркологических заболеваний составляли в рассматриваемый период времени, соответственно, 10,6 и 5,4%, что составляло 356 188 и 181 586 населения в абсолютных цифрах. Зависимые от опиоидов составляли абсолютное большинство – 87,7%. Отмечается, что уровни распространения наркозависимости в отдельных регионах РФ могут отличаться в 30 раз. Максимальные показатели зарегистрированы в Самарской области и в пяти регионах Сибири. Удельный вес потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) из общего числа зарегистрированных наркозависимых, по данным на 2008 год, составляет 70,8%, или 389 302 в абсолютных цифрах. Удельный вес ВИЧ-положительных среди ПИН – 12,1%. Показатели учтенной распространенности наркологических расстройств среди детей имели тенденцию к снижению по всем видам зависимостей (с 271,9 до 238,5 на 100 тыс. населения). Среди подростков отмечался некоторый рост показателей по профилю алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем с 1843,2 до 1992,0 на 100 тыс. подросткового населения, профилю расстройств, связанных с наркотиками, – с 461,3 до 478,3 на 100 тыс. подросткового населения, профилю расстройств, связанных с токсическими веществами, – с 281,5 до 291,2 на 100 тыс. подросткового населения (Аболонин А.Ф., Бохан Н.А., Краснятова Ю.А., 2005; Бохан Н.А., Мандель А.И., Трефилова Л.Л., 2006; Брюн Е.А., Шамота А.З., Ванисова Н.Г., Валькова У.В., 2008; Иванов В.П., 2008; Киржанова В.В., 2008; Кошкина Е.А., 2008; Кошкина Е.А., Киржано-



ва В.В., 2009; Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007-2008 годах (статистический сборник), 2009). Интерес представляют данные о динамике потребления алкоголя, наркотиков и других ПАВ представителями восходящего поколения – подростками возраста 12-16 лет, проводимых в РФ в 1999, 2003-2004, 2007 г. г. Представленные данные свидетельствуют о том, что, несмотря на высокий уровень экспериментального употребления психоактивных веществ в данной возрастной группе (от 25 до 1% по разным классам психоактивных веществ), в целом отмечается динамика роста анализируемых показателей с 1999 до 2003 г., заметного снижения уровней как экспериментального, так и регулярного (от 40 случаев и выше) употребления психоактивных веществ к 2007 году (Скворцова Е.С., Елчина И.С., 2006; Кошкина Е.А., Вышинский К.В. и др., 2009).

В Республике Беларусь, как и повсеместно на территории постсоветского пространства, основные социальные проблемы в последние годы связаны с ростом потребления алкоголя и заболеваемости по данному профилю (отмечается рост уровня заболеваемости алкоголизмом в период с 1970 по 2005 г. в 5,8 раза – с показателя 51,5 до 300,8 на 100 тыс. населения). Злоупотребление алкоголем является причиной более чем половины насильственных смертей (Разводовский Ю.Е., 2008; Немцов А.В., 2009; Немцов А.В., Давыдов К.В., Разводовский Ю.Е., 2009; Разводовский Ю.Е., 2009). По состоянию на июль 2009 г. численность учтенного контингента наркопотребителей и потребителей токсических веществ в Беларуси составляла 11 153. Показатель распространенности потребления ПАВ на 100 тыс. населения составил 109,6 и увеличился в сравнении с аналогичным показателем 2007 года (105,7). Так же, как и в Российской Федерации, в Республике Беларусь отмечался значительный разброс уровней распространенности вовлечения населения в химическую зависимость по регионам. Большинство из учтенного контингента наркозависимых употребляли наркотики опийной группы – 65,2%. Всего 7321, или 65,6% от общего числа учтенного контингента, практиковал инъекционную форму наркопотребления. В последние 10 лет доля потребителей опийных наркотиков прогрессивно уменьшалась (в 1997 году потребители опиоидов составили 80,7% от учтенного контингента наркозависимых) за счет увеличения выявления потребителей других ПАВ, в основном ингалянтов и каннабиноидов. Большинство из учтенных наркозависимых были молодые люди до 25 лет. Интерес представляют и оценочные данные по численности потребителей инъекционных наркотиков в Беларуси на начало 2008 г. – 76 281 ПИН, или 1,3% населения республики. Эти данные более чем в 10 раз превыша-

ют официальные статистические показатели. В последние годы отмечается также и тенденция к употреблению синтетических опиоидов (Лелевич В.В., Винницкая А.Г. и др., 2009).

В Украине общее количество зависимых и злоупотребляющих психоактивными веществами в последние годы составляет от 800 до 900 тысяч. Рост заболеваемости по наркологическому профилю, фиксируемый в период с 1985 по 2002 г. (в последние годы ситуация относительно стабилизировалась), происходил за счет увеличения больных нарко- и токсикоманией. Основные тенденции в эпидемиологической структуре наркоманий, отмечающиеся в самые последние годы, следующие: 1) уменьшается удельный вес больных опийной наркоманией; 2) растет удельный вес таких форм зависимостей, как полинаркомания с использованием официальных лекарственных средств, гашишизм, эфедроновая наркомания и зависимость от других стимуляторов кустарного изготовления (в основном фенилпропаноламин). Согласно последним исследованиям, проводимым с использованием методологии «социальной сети», «метода коэффициентов», реальное количество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в стране в 2009 году может составлять от 226 до 358 тыс. (Линский И.В., Минко А.И. и др., 2005, 2007; Салюк Т.А., Берлева А. и др., 2009).

В странах Центральной Азии наркологическая ситуация в последние десятилетия стремительно менялась в худшую сторону и характеризовалась следующими тенденциями: 1) устойчивое увеличение использования героина и других «тяжелых» наркотиков; 2) расширение использования наиболее опасного внутривенного способа введения наркотиков, стремительное распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); 3) резкое снижение возраста вовлекаемых в наркозависимость (включая подростков и детей). Согласно экспресс-оценке положения в области злоупотребления наркотиками, на период начала 2000 годов (пик распространения наркозависимости в данном регионе) в Кыргызстане насчитывалось от 80 до 100 тыс. наркозависимых (1,64-2,0% от населения); в Таджикистане – 45-55 тыс. наркозависимых (0,73-0,89% от населения); в Узбекистане – 65-91 тыс. наркозависимых (0,26-0,36% от населения). Основным наркотиком для внутривенного употребления являлся героин плохого качества. Самый низкий средний возраст начала употребления наркотиков и других ПАВ в рассматриваемом регионе был зафиксирован для потребителей ингалянтов – 13 лет. Для этой же группы характерен наиболее короткий интервал между первой пробой и обращением за медицинской помощью (1,7 лет). Средний возраст употребления каннабиса варьируется 16-17 годами. Интервал между первым употребле-

нием каннабиса и переходом к опиоидам составляет в среднем 5 лет. Средний возраст начала употребления героина составляет 21-23 года. Для опиоидов средняя длительность периода от первых проб до обращения за медицинской помощью составляет 4-5 лет (Кумпл Ф., Франке С., 2002; Космухамедова Ж., 2005; Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А., Асанов Т.К., 2003; UNODC, 2006).

В Республике Казахстан масштабные эпидемиологические исследования наркологического профиля в последние годы проводились трижды: в 2001, 2003, 2006 гг. По результатам данных исследований, общая популяция наркозависимых в республике составляет от 200 до 250 тысяч. В течение последних 15 лет (период 1992-2007 годов) число наркозависимых лиц, впервые взятых на учет, увеличилось более чем в 20 раз (с 3,5 до 70,2 на 100 тыс. населения), а число учтенного контингента с диагнозом наркомания – в 12,6 раза (с 28,6 до 361,2 на 100 тыс. населения). Беспрецедентные темпы роста распространения наркозависимости среди всех возрастных категорий населения РК отмечались в основном с начала 90-х до начала 2000 гг. (кризисное десятилетие). После чего ситуация относительно стабилизировалась. Результаты вышеприведенных репрезентативных эпидемиологических исследований существенно расходятся с данными официальной статистики по учтенному контингенту наркозависимых, согласно которым последний составляет 55102 человека на конец 2009 года. В последние годы отчетливо обозначались тенденции опережающего роста наркозависимости среди женщин – их обращаемость за наркологической помощью в период 1991-2007 гг. увеличилась в 25 раз. А также среди подростков: в период с 1991 по 2007 г. число подростков с выявленной наркоманией увеличилось более чем в 50 раз. В 2008 г. отмечается незначительный рост первичной и снижение общей заболеваемости наркологического профиля (первичный – с 383,0 до 390,4 на 100 тыс. населения; учтенного контингента – с 1948,3 до 1933,9 на 100 тыс. населения), что отражает тенденцию последних лет, начиная с 2002 года. Следует отметить некоторое изменение структуры наркопотребления: снижение удельного веса употребления опиоидов, при росте выявляемости зависимых от канабиноидов, стимуляторов, галлюциногенов. Показатели первичной и общей заболеваемости по профилю наркотической зависимости на 2008 год для Казахстана составляют 60,3 и 348,8 на 100 тыс. населения соответственно, при общей тенденции к уменьшению в последние годы. Обозначенные тенденции к уменьшению первичной и общей заболеваемости по профилю наркотической зависимости (с периода 2003-2004 гг.) характерны для всех дифференцируемых контингентов, включая женщин, детей, подростков. В то же

время в некоторых регионах Казахстана с быстро растущим населением (г. Астана, Шымкент) показатели первичной заболеваемости наркологического профиля незначительно выросли.

Интерес представляют результаты национального школьного исследования по алкоголю и наркотикам, проведенного в РК в 2007 и 2008 гг. среди учащихся возраста 9-17 лет. В частности, выявилось, что до 12,1% учащихся регулярно употребляют алкоголь, а 3,4% были в состоянии опьянения больше 40 раз. Курят 14% подростков, употребляют наркотики – 2,1% учащейся молодежи. По данным исследования 2007 года, регулярное употребление наркотических веществ в школьной среде (в основном, гашиш и марихуана) было отмечено в 1,2%. При обследовании 2008 года были получены цифры – 3,3%. При этом было отмечено, что потребление ПАВ распространено в основном среди лиц старшего подросткового возраста (14-17 лет). Однако обращало внимание прогрессирующее снижение возраста первых проб в каждом последующем поколении в отношении всех психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотики). Мальчики приобщаются к потреблению ПАВ в более раннем возрасте, чем девочки, и чаще вовлекаются в потребление наркотических и токсических веществ (Наркологическая помощь населению Республики Казахстан (статистический сборник), 2007, 2008, 2009; Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан», 2008, 2009; КАДАП, 2009; Распространенность и особенности потребления психоактивных веществ среди учащихся городских школ РК, 2009).

### ***2.3 Данные о вредных последствиях***

Специфика и масштаб потерь, несомых обществом в связи со злоупотреблением алкоголем, изучены наиболее полно. По данным научных обзоров, опубликованных в последние годы и охватывающих 559 источников (Чернобровника Т.В., Артемчук А.Ф. и др., 2006; Халтурина Д.А., Коротаяев А.В., 2006; Халтурина Д.А., 2007), злоупотребление алкоголем и его суррогатами приводит к тяжелым социальным, психологическим и физическим (соматическим) проблемам, которые можно распределить на 2 класса: 1) связанные с опьянением; 2) связанные с регулярным употреблением алкоголя в больших дозах.

К первому классу относятся следующие социальные последствия: семейные неурядицы, насилие в семье, пренебрежительное или жестокое обращение с детьми, несчастные случаи в семье, прогулы на работе, несчастные случаи на рабочем месте (травмы, отравления), неэффективная производственная деятельность, появление в нетрезвом виде и хулиганс-

кие действия в общественных местах, преступность (в частности воровство, кражи, нападения, убийства), похищение транспортных средств и управление транспортными средствами в нетрезвом состоянии с совершением ДТП, сексуальные извращения, нежелательная беременность с тяжелыми последствиями для плода.

К психологическим проблемам, связанным с состоянием опьянения, относят следующие: бессонница, депрессия, чувство беспокойства, тревоги, амнезия, суицидальные попытки, самоубийства. Наиболее частые соматические последствия состояния опьянения: гепатит, гастрит, панкреатит, подагра, сердечная аритмия, несчастные случаи, травматизм, отравления алкоголем, суррогатами и другими химикатами, инсульты, инфаркты, импотенция, неспособность принимать предписанные лекарственные препараты, аномальное развитие эмбриона.

Ко второму классу проблем, связанных с регулярным употреблением алкоголя в больших дозах, относят следующие социальные последствия: проблемы в семье (конфликты, насилие), разводы, конфликты на производстве, финансовые трудности, потеря работы, долги, регулярные конфликты с правоохранительными органами, потеря жилья, бродяжничество, полная утрата социального статуса. К психологическим и психическим последствиям относят, преимущественно, те или иные психопатологические проявления формирующейся или уже сформированной алкогольной зависимости: бессонница, депрессия, беспокойство, тревога, разнообразные проявления абстинентного синдрома, разнообразные психотические проявления алкогольного генеза (бред, галлюцинации, расстройства сознания), изменения в психике, личности, амнезия, слабоумие, суицидальные попытки, самоубийства, злоупотребление другими психоактивными веществами. К физическим (соматическим) последствиям относят: ожирение печени, гепатит, цирроз, рак печени, гастриты, панкреатиты, рак полости рта, пищевода, рак молочной железы, рак прямой кишки, дефицит питательных веществ, ожирение, диабет, кардиомиопатия, повышение артериального давления, инсульт, инфаркт, поражение тканей головного мозга, невропатия, половые расстройства, миопатия, бесплодие, аномалии в развитии эмбриона, гемопоэтическая токсичность, преждевременная смерть.

Рядом исследований показано, что из года в год в различных странах экономическая стоимость алкоголизма растет. Она складывается из потерь рабочего времени, затрат на медицинскую помощь, в первую очередь, в связи с соматическими осложнениями алкоголизма, затрат на ликвидацию последствий дорожных катастроф, пожаров, на борьбу с преступностью, социальное обеспечение. В итоге алкоголизм «съедает» мил-

лиардные суммы, которые, согласно оценкам ВОЗ, составляют от 2 до 5% ВВП развитых стран. Так, согласно существующим данным, стоимость алкоголизма в США в начале 2000 г. составляла 184,6 миллиарда долларов, а в Германии – около 19,8 миллиарда евро, что составляет 1,13% от ВВП этой страны. Аналогичные расчеты, проведенные в Российской Федерации в 2009 г., показывают, что экономическое бремя алкоголизма и чрезмерного употребления алкоголя составляет более 647,7 миллиарда рублей в год, что эквивалентно 2% ВВП страны (Кошкина Е.А., Павловская Н.И. и др., 2009). Сопоставимые данные в отношении социальных, включая экономические, и медицинских последствий злоупотребления алкоголем приводятся в последних исследованиях, проводимых на территории постсоветского пространства (Разводовский Ю.Е., 2008, 2009; Информация по распространенности употребления алкоголя, алкогольной зависимости, 2007). Особый интерес представляют результаты комплексных исследований, определяющих специфику вредоносных последствий употребления алкоголя среди подростков и степень осведомленности о такого рода последствиях среди восходящего поколения. Так, по данным В.М. Гутюченко (2009), структура последствий злоупотребления алкоголем в подростковой среде была следующей: проблемы с родителями (конфликты, ссоры, драки) – 20,4%; уличные драки – 19,3%; плохая успеваемость – 13,3%; ухудшение взаимоотношения с друзьями и сверстниками – 13,0%; травмы и несчастные случаи – 11,0%; приводы в милицию – 7,1%. Однако при этом более 20% подростков оценивали последствия потребления алкоголя положительно. А другие 20% вообще затруднились привести какую-либо оценку последствий употребления алкоголя.

2.3.1 По данным 6 научных обзоров, опубликованных в последние годы и охватывающих 769 источников, практически повсеместно отмечается прогрессирующее нарастание масштабов и утяжеление последствий злоупотребления психоактивными и наркотическими веществами (Оленко Е.С., Скворцов Ю.И., Панченко Л.Ф., 2001; Жанузаков М.А., 2006; Погосов А.В., Погосова И.А. и др., 2006; Никифоров И.А., 2006; Катков А.Л., Пакеев С.О., 2007; Аштон С., 2009). И если по масштабам социальных, в том числе экономических, потерь, несомых обществом, проблема распространения наркозависимости стоит на втором месте вслед за вредоносными последствиями потребления алкоголя, то по степени деструктивного влияния на конкретного человека наркотики, безусловно, намного «опережают» прочие психоактивные вещества. Проблема оценки вредоносных последствий наркопотребления существенно затруднена из-за сложностей в дифференциации такого рода последствий в зависимости от клас-

са употребляемых наркотических и других психоактивных веществ. А также в связи с тем обстоятельством, что лишь меньшая часть реальной популяции наркопотребителей (по разным данным, от 15 до 35%) доступна для проведения соответствующих исследований. Тем не менее, социальными проблемами, связанными с немедицинским потреблением психоактивных веществ, общими для всех категорий потребителей, являются: сравнительно быстрое угасание продуктивности, социальной активности, работоспособности, возможности к любой целенаправленной деятельности, требующей длительной концентрации и волевых усилий; прогрессирующее размывание социально значимых ценностей и жизненных ориентаций; утрата навыков сложного социального функционирования и адаптации в меняющейся среде; профессиональное снижение вплоть до полной утраты социального статуса; потеря рабочих мест и прекращение учебы; иждивенческое существование; утрата конструктивного взаимодействия с окружающими и доверия с их стороны; постоянные конфликты в семье, утрата доверия со стороны родных и близких; проблемы с правоохранительными органами (последний фактор для потребителей «тяжелых» наркотиков, быстро приводящих к асоциальным формам поведения, трансформируется в совершение тяжких и особо тяжких правонарушений: воровства, грабежей, разбоя с нанесением телесных повреждений и убийств с целью добывания средств на приобретение наркотиков; особо следует отметить крайне опасные тенденции сращивания нелегального наркотизма с террористической и экстремистской деятельностью, а также формирование наркодилерских сетей с отработанными технологиями вовлечения новых потребителей); тяжелые социальные последствия в связи с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа, основными «воротами» для которой на территории постсоветского пространства являются инъекционные формы наркопотребления с использованием нестерильного инструментария.

К основным психологическим (психопатологическим) последствиям наркопотребления относят: более или менее тяжелые, в зависимости от класса употребляемых веществ, проявления острой или хронической интоксикации со специфическими проявлениями наркотического опьянения, вялостью, слабостью, астенизацией, аффективными нарушениями, расстройствами сна, массивной вегетативной симптоматикой и алгическими проявлениями в состоянии абстиненции; невротизация, психопатизация, признаки избирательного когнитивного дефицита (как правило, без явлений органического слабоумия), аффективная неустойчивость, достаточно грубые нарушения мотивационно-волевой сферы; существенное снижение самоорганизующей активности, огрубление, стереотипиза-

ция поведения с шантажом и угрозами по отношению к родственникам и близким; почти постоянная индукция достаточно тяжелых психологических проблем у родных и близких с формированием феномена созависимости; развитие тяжелых форм психических нарушений (психозы, слабоумие) в случае присоединения коморбидной патологии и на поздних стадиях заболевания; почти постоянное ощущение депрессии, тревоги, утраты перспективы будущего в ближайшем окружении наркозависимых лиц; суицидальные попытки и самоубийства у наркозависимых, их родных и близких. Физические (соматические) последствия употребления наркотических и токсических психоактивных веществ, даже в случае их единичного, а не систематического приема, могут быть следующими: угнетение вызванной электрической активности, исчезновение межполушарной функциональной асимметрии, дезорганизация электрической активности, появление патологических ЭЭГ-комплексов и очагов патологической активности, снижение порога судорожной активности; развитие синдромов нарушенного сознания – от неадекватной самооценки, дереализации, деперсонализации, до помрачения и выключения сознания (оглушение, сопор, глубокая кома, эпилептические припадки); развитие психоорганического синдрома; редукция энергетического потенциала; возникновение цереброваскулярной патологии (диффузное повышение сосудистого тонуса, васкулиты, диапедезные кровоизлияния, микроабсцессы, токсические изменения в сосудах, геморрагический инсульт); появление рассеянной микроневрологической симптоматики (нистагм, слабость конвергенции, легкий тремор и динамическая атаксия, гипомимия, гипокинезия); острая токсическая деградация нейтронов (набухание, хроматолиз, кариолизис, сморщивание, глиальные пролифераты, демиелинизация); грубая неврологическая симптоматика (энцефалопатии, церебропатии, полиневропатии, полиневриты, энцефаломиелопатии); атрофия мозга (коры, мозолистого тела, гиппокампа, расширение желудочков), особенно в лобных долях коры; ферментопатия (снижение активности транскетолазы, повышение активности мозговой креатинфосфокиназы, ингибирование аденилатциклазы); истощение запасов дофамина и серотонина в мозге. При более длительном употреблении наркотиков и токсических ПАВ наиболее вероятно развитие следующих соматических осложнений: 1) при употреблении амфетаминов – высокая частота нарушений сна, половой дисфункции, снижение аппетита и массы тела, наличие головных болей, болей в груди, поражение почек и органов дыхания; 2) при употреблении летучих растворителей – кардиомиопатия, нарушение функций печени (гепатиты, дискинезии желчных путей), почек (нефриты, пиелонефриты), заболевания дыхательных путей, заболевания поджелудочной железы, достаточно



грубые повреждения как центрального, так и периферического отделов нервной системы; 3) при употреблении кокаина и других стимуляторов – тяжелые нарушения сердечного ритма и ишемия миокарда, нестабильность артериального давления, необратимые нарушения функционирования нескольких органов сразу с возможным летальным исходом; особо следует отметить тяжелые неврологические нарушения, развивающиеся в течение первых месяцев злоупотребления кустарно изготовленного фенилпропаноламина; 4) при употреблении опиатов, в частности героина, отмечается тотальное поражение всех органов и систем – центральной и периферической нервной системы, костно-мышечной системы (рабдомиолиз в миокарде и скелетных мышцах, парезы, параличи), сердечно-сосудистой системы (аритмия, ишемия, тромбозы коронарных сосудов, некротизирующий ангиит, инфекционный эндокардит, поражение трикуспидального и аортального клапанов); поражения бронхо-легочной системы; токсическое поражение почечной паренхимы и клубочкового аппарата; нарушение гормональной системы; особо следует отметить часто сопутствующие инъекционному потреблению наркотиков вирусные гепатиты В и С, а также ВИЧ/СПИД (последнее обстоятельство, совокупное деструктивное влияние опиоидов на организм человека, а также сведения о частоте передозировок и преждевременной смертности среди потребителей инъекционных наркотиков, позволяют считать группу опиоидов наиболее вредоносной среди нелегальных наркотиков). Общими последствиями употребления ПАВ является высокая вероятность аномалий эмбрионального развития плода; для детей наркозависимых, помимо недоношенности, характерна недостаточная масса тела, замедление психофизического развития в последующем, нередко врожденные уродства.

Особый интерес представляют сведения о преобладающем типе соматических осложнений в зависимости от видов наркопотребления у подростков. В частности доказано, что повреждение печени отмечается при употреблении опиатов, каннабиноидов, эфедрона и других стимуляторов; поражение сердца – при употреблении опиатов, эфедрона и других стимуляторов, летучих токсических веществ; поражение мочевыводящей системы – при употреблении каннабиноидов, эфедрона и других стимуляторов, летучих токсических веществ; поражение поджелудочной железы – при употреблении опиатов, алкоголя, летучих растворителей; поражение тканей мозга – при употреблении летучих токсических веществ.

Таким образом, наиболее патогенным в смысле рисков развития соматических осложнений у подростков является употребление опиатов, летучих токсических веществ и стимуляторов.

Следует отметить, что исследования последних лет, проводимые в странах СНГ, были так или иначе акцентированы на причинах преждевременной смертности, инвалидизации и сложностях предотвращения этих фатальных последствий у наркозависимых (Ракишева А.С., 2007; Иванец Н.Н., Кошкина Е.А. и др., 2008; Информация о научно-практическом семинаре, 2008; Бисалиев Р.В., Вешнева С.А. и др., 2006; Гуревич И.Н., Жусакова М.М., 2009; Изаровский Б.В., Патрушева В.Б., 2009; Шоннинг Ш., Коффин Ф., Кергис М., 2009).

#### **2.4 Оценка социального ущерба**

Беспрецедентная социальная опасность эпидемии химической зависимости связана с резкими изменениями в темпах и масштабах распространения алкогольной, наркотической, токсической зависимости, отмечающимися в последние 30 лет, а также с катастрофическими последствиями для:

- демографической ситуации (резкое повышение показателей преждевременной смертности, особенно среди мужского населения, с одновременным снижением рождаемости);
- социальной ситуации (деморализация и снижение социальной продуктивности у существенной части восходящего – детей, подростков, молодежи – и доминирующего поколения);
- криминальной ситуации (беспрецедентный рост «алкогольной» и «наркотической» преступности, в том числе с убийствами и нанесением тяжелых увечий).

Дальнейшее распространение вышеназванных деструктивных процессов подрывает основы существующего социального порядка и саму возможность выживания общества, не находящего эффективных способов противодействия.

#### **2.5 Механизмы вовлечения**

Среди основных механизмов вовлечения в алкогольную, наркотическую или иную химическую зависимость чаще всего называют:

- информационный фактор (доступность информации об эйфоризирующих, стимулирующих, седативных свойствах определенных классов психоактивных веществ, т.е. именно тех эффектах, которые наиболее привлекательны для определенной части населения);
- фактор доступности (можно говорить о практически полной доступности любого класса психоактивных веществ, а не только алкоголя и табака, имеющих в свободной продаже, за счет активности нелегальных

маркетинговых сетей и специальной информации в Интернете, описывающей технологии изготовления ПАВ);

– фактор потребности (согласно исследованиям последних десятилетий, уникальное и наиболее востребованное свойство психоактивных веществ состоит в том, что ПАВ выполняет функции сверхбыстрого: 1) адаптогена; 2) компенсатора нереализованных потребностей; 3) заместителя (протектора) желаемых личностных свойств или форм поведения; 4) блокиратора негативной, эмоционально заряженной памяти (в том числе физической и душевной боли); кроме того, повторный прием ПАВ устраняет последствия предшествующей интоксикации по тем же самым механизмам;

– фактор предрасположенности (считается, что тяга к употреблению ПАВ гораздо легче и быстрее формируется у лиц с так называемыми предпатологическими личностными особенностями, среди которых чаще всего называют инфантильность, внушаемость, прогностическую некомпетентность и др. (Менделевич В. Д., 2007).

Нет никаких сомнений и в том, что один из главных факторов распространения химической зависимости – экономический. На легальных и нелегальных рынках по производству и распространению ПАВ действуют мощные корпорации, получающие сверхприбыли от реализации своей продукции. Механизм сетевого маркетинга – основной путь распространения нелегальных наркотиков – основан на экономическом стимулировании деятельности всех участников данной сети, направленной к ее разрастанию и привлечению всё новых потребителей.

## ***2.6 Способы социального противодействия***

Рост потребления алкоголя и наркотиков, отмечаемый во всем мире, тяжелые социальные, медицинские и экономические последствия злоупотребления и зависимости от психоактивных веществ и беспрецедентный масштаб этих последствий вынуждает государства и мировое сообщество в целом формировать и развивать общемировые и национальные стратегии, влияющие на уровень потребления алкоголя и наркотиков в обществе (Эдвардс Дж., 2006). В связи с различными уровнями доступности для населения и правовыми аспектами потребления алкоголя (наличие легального доступа и правовых оснований для потребления алкоголя) и наркотических веществ (наличие легального доступа лишь для медицинских целей и запрет на нелегальное наркопотребление в большинстве стран мира) стратегии, препятствующие распространению алкогольной и наркотической зависимости в обществе, существенно различаются.

2.6.1 Государственная алкогольная политика представляет собой совокупность мероприятий, проводимых государством с целью воздействия на ситуацию, связанную с потреблением алкогольных напитков населением страны. Основы алкогольной политики могут быть выражены в законах, подзаконных нормативно-правовых актах или государственных программах либо в конкретных действиях в данном направлении.

В программе для Европы «Здоровье для всех» Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) ставила перед странами - участниками в качестве одной из главных задач уменьшение потребления алкоголя за 20 лет (с 1980 по 2000 г.) на 25%, обращая особое внимание на «уменьшение потребления, ведущего к наибольшему ущербу». В последнем варианте «Европейского плана действий в отношении алкоголя» на 2001-2005 гг. и более поздний период, принятого ВОЗ в 1999 г., главной целью ставилось «предотвращение и уменьшение вреда, который может нанести потребление алкоголя». Для этого предлагалось при разработке национальной алкогольной политики акцентировать внимание на решение следующих задач: 1) повышение знаний населения о политике здравоохранения, направленной на предотвращение вреда, наносимого алкоголем, просвещение населения по вопросам потребления алкоголя; 2) уменьшение вероятности возникновения в разных ситуациях (дома, на работе, в общественных местах) проблем, связанных с алкоголем; 3) уменьшение масштабов и выраженности связанного с алкоголем вреда, например числа смертельных или несчастных случаев, случаев насилия, недопустимого обращения с детьми, семейных кризисов; 4) предоставление доступного и эффективного лечения людям с опасными и вредными питательными привычками или лицам, страдающим алкогольной зависимостью; 5) обеспечение большей степени защиты от внешнего давления, подталкивающего к выпивке, которому подвергаются дети и молодежь, а также лица, предпочитающие воздерживаться от алкоголя. Эти рекомендации почти буквально повторяют «Этические принципы», сформулированные в «Европейской хартии по алкоголю», принятой в 1995 г. на Парижской конференции «Здоровье, общество и алкоголь» с участием всех 49 стран Европейского региона ВОЗ. Для содействия реализации данных этических принципов ВОЗ рекомендует придерживаться следующих стратегических направлений («Десять стратегий действий по алкоголю»):

1. Информировать людей о последствиях потребления алкоголя для здоровья, семьи и общества и об эффективных методах, способных предотвращать или минимизировать ущерб от него путем выполнения включенных в школьное образование широких просветительных программ, начиная с самого раннего возраста.

2. Содействовать созданию общественной, личной и рабочей среды, защищенной от связанных с алкоголем несчастных случаев населения и других негативных последствий потребления алкоголя.

3. Принять и строго соблюдать законы, эффективно противодействующие вождению транспорта в нетрезвом состоянии.

4. Содействовать укреплению здоровья путем контроля доступности алкогольных напитков и цен на них, используя налогообложение.

5. Ввести строгий контроль, с учетом существования в некоторых странах платного запрета, на любую прямую и непрямую рекламу алкогольных напитков, добиваясь в особенности того, чтобы никакие виды рекламы не поощряли потребление алкоголя детьми и подростками, например путем связывания алкоголя со спортивными мероприятиями.

6. Добиваться широкого распространения доступных и эффективных лечебных и реабилитационных служб, укомплектованных надлежащим образом обученным персоналом для людей, у которых потребление алкоголя представляет опасность или особый вред, а также для членов их семей, которых затронули вызванные алкоголем проблемы.

7. Усиливать этическую и юридическую ответственность тех, кто работает в области маркетинга и распространения алкогольных напитков, а также осуществлять строгий контроль качества алкогольной продукции.

8. Усилить способность общества противостоять алкогольным проблемам путем обучения профессиональных работников различных секторов, таких как здравоохранение, социальное обеспечение, просвещение и охрана общественного порядка, а также содействовать развитию действий на коммунальном уровне и руководства ими.

9. Поддерживать движение взаимопомощи и неправительственные организации, способствующие здоровому образу жизни, в особенности те, деятельность которых направлена на профилактику и снижение связанного с алкоголем ущерба.

10. Сформулировать в странах широкие противоалкогольные программы, определить ясные цели, задачи и ожидаемые результаты, отслеживать степень их выполнения и способствовать периодическому обновлению этих программ на основе проводимых оценок их эффективности (Эдвардс Дж., 2006; Алкоголь в Европейском регионе, 2006; Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д., 2009).

Вышеназванные стратегические подходы в той или иной степени используются в алкогольной политике стран СНГ. Так, основным направлением соответствующей политики в Российской Федерации является установление контроля над ситуацией, ее стабилизация, с последующим обес-

печением постепенного снижения уровня потребления и вреда, наносимого алкоголем (Павловская Н.И., Пелипас В.Е., Цетлин М.Г., 2003). В частности, в рамках Концепции Национальной программы «Улучшение демографической ситуации в Российской Федерации путем снижения масштабов злоупотребления алкоголем» 2009 года формулируются следующие цели: улучшение демографической ситуации на территории Российской Федерации за счет снижения прямой и косвенной смертности, показателей заболеваемости, инвалидности, а также предотвращения социальных проблем, вызванных чрезмерным употреблением алкогольных напитков. Достижение главной цели планируется за счет эффективного решения задач по: 1) легализации и повышению регулирования рынка алкогольной продукции; 2) сокращению общего количества потребляемого этилового алкоголя; 3) формированию культуры потребления алкоголя; 4) развитию системы физической культуры как одной из основ формирования здорового образа жизни населения; 5) снижению негативных медицинских и социально-экономических последствий злоупотребления алкогольной продукцией. По каждой из вышеприведенных задач предусматривается реализация широкого комплекса мероприятий с отслеживанием эффективности полученных результатов (Фонд содействия развитию социальных и гуманитарных отношений «Взаимодействие цивилизаций», 2009).

В рамках политики отражения потребления алкоголя и межведомственного Плана мероприятий по сокращению потребления алкоголя в Республике Казахстан на 2007-2010 годы, утвержденных Правительством Республики Казахстан, предусматривалась реализация трех главных стратегических направлений, по каждому из которых были сформулированы следующие цели и задачи: цели – снижение уровня распространения потребления алкоголя населением РК и предупреждение негативных последствий, связанных со злоупотреблением алкоголем; задачи – 1) обеспечение населения полной и объективной информацией об употреблении алкоголя и его последствиях для здоровья и благополучия отдельных лиц, семей и общества; 2) пропаганда здорового образа жизни; 3) формирование навыков противостояния давлению окружения и принуждению к употреблению алкоголя у детей и подростков); цель 2 – снижение социально-экономического ущерба и риска, связанных с употреблением алкоголя; задачи – 1) мобилизация общества на снижение потребления алкоголя; 2) совершенствование законодательной базы; 3) снижение доступа детей и подростков к рекламе алкогольных напитков; 4) создание партнерства с производителями и распространителями алкогольной продукции; 5) сотрудничество с неправительственными организациями, межотраслевое

партнерство; 6) возрождение национальных культурных традиций; цель 3 – оказание доступной и качественной медицинской помощи лицам, страдающим алкогольной зависимостью и оказание психосоциальной поддержки членам их семей; задачи – 1) организация доступных и эффективных видов лечения для лиц, страдающих опасными и вредными формами потребления алкоголя; 2) развитие системы реабилитационных мероприятий, в том числе психосоциальной адаптации лицам с алкогольной зависимостью; 3) развитие системы психосоциальной помощи членам семей, близкому окружению лиц, страдающих опасными и вредными формами потребления алкоголя; 4) организация служб по оказанию экстренной медицинской помощи по выведению лиц из состояния алкогольной интоксикации. Реализация каждой из поименованных задач предусматривается за счет продуманного плана действий и мероприятий, с четко обозначенной формой завершения (Политика ограничения потребления алкоголя в Республике Казахстан; Межведомственный план мероприятий по сокращению употребления алкоголя в Республике Казахстан на 2007-2008 годы).

2.6.2 В настоящее время авторитетными международными организациями и национальными агентствами по контролю за наркотиками признается, что наиболее эффективными направлениями антинаркотической политики являются: 1) борьба с нелегальным рынком наркотиков и уменьшение наркопреступности; 2) контроль легального рынка наркотиков; 3) профилактическая работа с группами риска и населением в целом; 4) лечение лиц с зависимостью от наркотиков. В то же время существуют разногласия в отношении возможных моделей социального контроля над распространением наркотиков и легальными рынками наркотических веществ. Всерьез обсуждаются три такие модели: 1) либеральная (незапретительно-поощрительная); 2) репрессивная (запретительно-ограничительная); 3) рациональная (сбалансированная). Каждая из обозначенных стратегий имеет своих сторонников и противников, которые, вольно или невольно, декларируют приоритеты какого-либо одного из трех генеральных направлений противодействия распространению наркотической зависимости среди населения. Сторонники либеральной модели опираются на приоритеты в сфере снижения вреда. Приверженцы репрессивно-запретительной модели заявляют о приоритетах в сфере снижения предложения – не будет наркотиков, не будет и спроса. Сторонники рациональной модели считают целесообразным сочетание таких направлений антинаркотической активности, как снижение спроса, снижение вреда, снижение предложения. При этом основной проблемой последнего подхода является наличие достаточно серьезных противоречий в самой идеологии и практике

реализации обозначенных направлений антинаркотической деятельности (Эдвардс Дж., 2006; Мейлахе П.А., 2008). Следует отметить, что в странах Восточной Европы, постсоветских республиках, Юго-Восточной Азии, включая Китай, долгое время доминировала репрессивно-запретительная стратегия противодействия распространению наркозависимости (Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В., 2009). Основной этический принцип и оправдание вышеназванного подхода представлены в известном высказывании академика Э.А. Бабаяна, экс-председателя Постоянного комитета по контролю над наркотиками УНП ООН: «Страдающие от алкогольной и наркотической зависимости нарушают социальные моральные нормы, добровольно подвергая себя болезни. Поэтому общественные меры в отношении этих людей не могут быть такими же, как принципы оказания медицинской помощи другим категориям пациентов» (Полонская Я., 2008). Что же касается научной позиции, то она сформулирована следующим образом: «Эффективное решение задачи по лечению больных наркоманией связана с интенсивным поиском и внедрением новых средств и методов, направленных на полное прекращение употребления больными наркоманией наркотиков, их социализацию с формированием образа жизни, свободного от наркотиков, а не на замену одного наркотика другим» (Краснов В.Н., Иванец Н.Н. и др., 2008). В странах Западной Европы, США и Канаде, а в последние годы – Восточной Европы, многих постсоветских республиках, Южной и Юго-Восточной Азии, Китае и многих других наркологические проблемы стали рассматривать с позиции общественного здоровья и экономической обоснованности вмешательств. Делаются попытки найти и обосновать такие способы лечения, которые могут значительно снизить уровень отрицательных социальных последствий, связанных с употреблением ПАВ. Главная задача – свести к минимуму уже имеющиеся расстройства и попытаться ограничить, насколько возможно, появление новых проблем на уровне определенного региона или всего социума. В выборе ответных мер предпочтение отдается тем, которые обеспечивают максимальный общественный эффект. В том числе заместительной терапии (Дворяк С.В., Менделевич В.Д., 2008). В последние годы появляется осознание необходимости сближения и конструктивной интеграции обозначенных полярных подходов. Как, например, это декларируется в основных положениях Стратегии Европейского союза по борьбе с наркотиками 2005-2012 гг. В качестве примера конструктивной динамики сближения разнонаправленных позиций можно привести материалы Межправительственной рабочей группы экспертов по обобщению международного опыта сокращения спроса на наркотики, которые показывают возмож-



ность адекватного совмещения собственно стратегии снижения спроса с такими направлениями антинаркотической активности, как снижение вреда и снижение потребления наркотических веществ. В частности, в качестве общего проблемного поля предлагается следующая последовательность актуальных задач, подлежащих решению на региональных и национальных уровнях: 1) организация эффективной первичной профилактики вовлечения молодежи в зависимость от ПАВ; 2) организация адекватной реальным потребностям населения стран наркологической медицинской помощи и ее доступности; 3) интеграция наркологической медицинской помощи в национальные системы здравоохранения; 4) разработка и внедрение научно обоснованных комплексных подходов к лечению и реабилитации больных наркоманией, основанных на сочетании медикаментозных и психосоциальных методов; 5) разработка и внедрение стандартов оказания и качества наркологической медицинской помощи аналогично стандартам при других заболеваниях; 6) обеспечение взаимодействия и преемственности с социальными службами для решения вопросов реинтеграции больных наркоманией в общество (жилье, профессиональная подготовка, трудоустройство); 7) разработка и внедрение научно обоснованных механизмов раннего выявления потребителей наркотиков, а также раннего вмешательства; 8) обеспечение подготовки специалистов в области здравоохранения, социальной сферы, образования, а также правоохранительных органов по вопросам профилактики и лечения наркоманий (Международный опыт сокращения спроса на наркотики, 2008). Одним из наиболее впечатляющих примеров последних лет, демонстрирующих возможность отхода от крайних репрессивных подходов к сбалансированным и прагматичным в осуществлении антинаркотической политики, является пример Китайской Народной Республики, где активно внедряются программы снижения вреда и заместительной терапии (Злоупотребление наркотиками, ВИЧ/СПИД и антинаркотическая политика в Китайской Народной Республике и Гонконге, 2009). Также следует обратить внимание на еще одну важную тенденцию последних лет: какие бы антинаркотические подходы и стратегии не обсуждались, апологеты даже самых крайних точек зрения сходятся в одном – любые вмешательства должны быть обоснованы, а их эффективность научно доказана (Айзберг О.Р., 2008; Крупицкий Е.М., Борцов А.В., 2008).

Антинаркотическая политика в Российской Федерации также претерпевает некоторые изменения от крайнего репрессивного полюса к более гибким рациональным моделям выстраивания антинаркотической деятельности. При этом, безусловно, доминирующими остаются запретительные

подходы и акценты на достижение полной абстиненции наркозависимых в лечебно-реабилитационной работе. основополагающая стратегия государственной антинаркотической политики РФ выстраивается в общем контексте Стратегии национальной безопасности России (Ролик А.И., Козлов А.А., 2009). В последнем документе прямо указывается на то, что наркологические проблемы, сложившиеся в последние десятилетия в России, негативным образом сказываются на демографических показателях страны и создают угрозу ее национальной безопасности. При подготовке и обсуждении итогового стратегического документа, определяющего антинаркотическую политику РФ, основные приоритеты выстраиваются в сфере профилактики наркомании «как первоосновы предупреждения наркозависимости и наркопреступности». При этом обращается внимание и на другие стратегические направления, объединяемые общим термином «снижение спроса на наркотики среди населения» (Иванов В.П., 2009; Итоги заседания Государственного антинаркотического комитета, 2009; Протокол заседания Совета Безопасности Российской Федерации, 2009; Дубровский Р.Г., Теплицкий В.Г., 2009). В основополагающем документе «Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации», утвержденном в 2010 г., предусматриваются следующие главные направления антинаркотической активности: 1) сокращение предложения наркотиков путем целенаправленного пресечения их нелегального производства и оборота внутри страны, противодействия наркоагрессии; 2) сокращение спроса на наркотики путем организации системы профилактической, лечебной, реабилитационной работы; 3) развитие и укрепление международного сотрудничества в сфере контроля над наркотиками. Основные стратегические задачи при этом следующие: 1) разработка и внедрение государственной системы мониторинга наркоситуации в Российской Федерации; 2) создание и реализация общегосударственного комплекса мер по пресечению незаконного распространения наркотиков и их прекурсоров на территории РФ; 3) выработка мер противодействия наркотрафику на территории РФ, адекватных существующей наркоугрозе; 4) обеспечение надежного государственного контроля легального оборота наркотиков и их прекурсоров; 5) создание государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков с приоритетом мероприятий первичной профилактики; 6) совершенствование системы оказания наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией; 7) совершенствование организационного, нормативно-правового и ресурсного обеспечения антинаркотической деятельности (Стратегия государственной антинаркотической политики Российской

Федерации, 2009). При обсуждении вопросов необходимости реформирования системы наркологической помощи РФ всё чаще поднимается тема специфики взаимозависимости собственно наркологических проблем и сопутствующего ВИЧ/СПИДа, что усиливает необходимость полноценного охвата контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых и ПИН низкопороговыми формами наркологической помощи (Зеленев В.В., Мазус А.И. и др., 2009; Клименко Т.В., 2009; Резолюция совещания гл. наркологов и гл. детских наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, 2008).

Стратегия противодействия распространению наркозависимости в странах Центральной Азии в последние годы выстраивается с учетом основополагающих международных документов, что и является главными установками действующих в этом регионе международных организаций (Региональная конференция по проблемам наркомании в Центральной Азии: оценка ситуации и соответствующие меры, 2003). Следует отметить, что основные стратегические направления противодействия распространению наркозависимости в этом регионе, наряду с такими традиционными, как «профилактика наркомании и осведомленность населения», «укрепление политических мер и пропаганда сокращения спроса на наркотики», включают направления: «профилактика ВИЧ среди инъекционных потребителей наркотиков» и «лечение и реабилитация наркозависимых» (Рекомендации рабочих групп, 2003). В последних стратегических документах, регламентирующих антинаркотическую политику в Центрально-Азиатском регионе, прямо говорится о необходимости совершенствования и дальнейшего развития услуг по лечению и реабилитации зависимых от наркотиков, профилактики распространения ВИЧ среди ПИН, а также о необходимости создания эффективной системы для реализации услуг по выявлению наркопотребителей, оказанию им первичной низкопороговой помощи, а также стационарного лечения наркозависимых лиц. В данной связи по каждой из Центрально-Азиатских стран разработаны национальные приоритеты, в той или иной степени совмещающие международные подходы и сложившиеся традиции в оказании специализированной помощи наркозависимым лицам. Следует отметить, что необходимость институциональных реформ в системе наркологической помощи, в частности необходимость тесного сотрудничества с сектором НПО в вопросах профилактики распространения наркозависимости и сопутствующего ВИЧ, была признана во всех странах Центрально-Азиатского региона (Рекомендации по итогам работы рабочих секций, 2003; Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А., 2003; Гаибов А.Г., Мирзоев А.М. и др., 2003; Гаибов А.Г., Лукьянов Н.Б. и др., 2003).

2.6.3 В Республике Казахстан основополагающим документом, в соответствии с которым выстраивается антинаркотическая политика государства, является «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы». Среди наиболее значимых задач и направлений деятельности в данном документе выделяются следующие: 1) усиление антинаркотической пропаганды; 2) повышение эффективности мероприятий по профилактике, раннему выявлению, эффективному лечению и социальной реабилитации наркозависимых лиц; 3) укрепление межведомственного взаимодействия в борьбе с наркобизнесом; 4) расширение международного сотрудничества в борьбе с наркоманией и наркобизнесом; 5) укрепление материально-технического потенциала уполномоченных государственных органов, а также медицинских учреждений, специализирующихся на профилактике и лечении наркомании; 6) модернизация и эффективное научно-информационное сопровождение процесса реформирования и развития наркологической службы; 7) совершенствование системы подготовки кадров и образовательных программ в области наркологии; 8) совершенствование законодательной базы, регулирующей антинаркотическую деятельность, дальнейшая гармонизация республиканского законодательства и правоприменительной практики, направленных на борьбу с наркоманией и наркобизнесом, с положениями соответствующих международных правовых актов и рекомендациями общественных организаций. Основным контекстом, в котором, в соответствии с национальной стратегией, развивается система наркологической помощи республики, является «Стратегический План Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009-2011 годы», с приоритетами в сфере эффективной системы здравоохранения, направленной на формирование здоровой, конкурентоспособной нации. Системный анализ основных уровней и направлений противодействия распространению наркотической зависимости в РК показывает наличие следующих из них: 1) уровень социальных антинаркотических стратегий (снижение спроса на наркотические средства; снижение предложения; снижение потребления; снижение вреда) и принципов, представленных в основополагающих нормативных документах; 2) уровень межведомственной и ведомственной ответственности за разработку и реализацию соответствующих антинаркотических программ; 3) уровень специализированных профилактических технологий. При этом основной акцент делается на качество и анализ эффективности наркологической помощи на основных этапах ее оказания, разработку и внедрение системы профессиональных стандартов (Алтынбеков С.А., 2004; Катков А.Л., 2006, 2007; Катков А.Л., Аманова Ж.Ш., Юсупов О.Г., Байкенов Е.Б., 2008).

## **2.7 Общая оценка эффективности социального противодействия в РК**

Общая оценка эффективности усилий, противодействующих распространению эпидемии химической зависимости в Республике Казахстан и странах бывшего Союза, выводится на основании:

*наличия:*

- научных концепций, обосновывающих биологические механизмы формирования синдрома зависимости;
- национальных антинаркотических стратегий и принципов алкогольной политики;
- законодательной базы, предусматривающей уголовную ответственность за нелегальное изготовление и распространение запрещенных психоактивных веществ;
- разработанной законодательной базы, ограничивающей рекламу алкогольных напитков, табачных изделий и их продажу несовершеннолетним лицам;
- специальных подразделений ведомств, в чью задачу входит выявление и пресечение фактов незаконного изготовления и распространения запрещенных психоактивных веществ и прекурсоров;
- специальных служб, в чью задачу входит контроль легального оборота наркотических и сильнодействующих веществ;
- специальных фондов, поддерживающих антинаркотическую деятельность и деятельность по реализации программ снижения вреда среди неправительственных и негосударственных организаций;
- разработанной и утвержденной нормативной базы (законов, межведомственных и ведомственных приказов, положений, инструкций), регулирующей деятельность системы наркологической помощи населению;
- государственной системы наркологической помощи, действующей при Министерстве здравоохранения РК и обеспечивающей амбулаторное, стационарное лечение, диспансеризацию и патронаж зависимых от психоактивных веществ;
- частных наркологических учреждений (кабинеты, отделения, реабилитационные центры);
- свободного доступа к услугам наркологического профиля в государственных и частных лечебно-профилактических организациях);
- свободного доступа к информации о вреде алкоголя и наркотиков, регулярно публикуемой в СМИ и транслируемой по основным телеканалам;

- профилактических программ антинаркотического содержания, реализуемых центрами здорового образа жизни в системе образования;

- программ мониторинга наркологической ситуации;

*дефицита:*

- теории и практики в сфере обеспечения качества наркологической помощи;

- служб первичной наркологической помощи и соответствующего сектора услуг;

- программ амбулаторной реабилитации зависимых от ПАВ с доказанной эффективностью;

- программ противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ с доказанной эффективностью;

- современных программ подготовки специалистов наркологического профиля (врачей-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, консультантов по зависимости и др.);

- дееспособных моделей эффективного межведомственного взаимодействия в рассматриваемой сфере;

*отсутствия:*

- фундаментальных исследований в системе факторов зависимости-устойчивости в контексте обсуждаемой социальной эпидемии;

- выстроенной, с учетом результатов данных исследований, эффективной стратегии социального противодействия, включающей все наиболее значимые компоненты такого противодействия;

- современной системы наркологической помощи, отвечающей потребностям всех дифференцируемых групп населения, пользующейся доверием граждан и обеспечивающей полноценный охват нуждающегося населения высококачественными услугами;

- современной концепции и системы первично-профилактической помощи, обеспечивающих диагностику и эффективную коррекцию рисков вовлечения в химическую зависимость во всех возрастных группах населения;

- современной системы мониторинга качества наркологической помощи на всех этапах и уровнях ее оказания.

Таким образом, речь идет лишь о втором уровне контроля над социальной эпидемией химической зависимости, когда масштабы и темпы распространения проблемы, в основном, известны. Однако противодействующие усилия не соответствуют реальной ситуации и не обеспечивают требуемого результата.

### **Список основных ссылок**

1. Аболонин А.Ф., Бохан Н.А., Краснятова Ю.А. Динамика наркотической ситуации и организационные основы реабилитации больных опишной наркоманией // *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии*. – Томск, 2005. – С. 118-120.
2. Айзберг О.Р. Этическая обоснованность научных исследований в области наркологии – идеал, процедуры и реальность // *На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи)*. – Москва, 2008. – С. 100-109.
3. Алкоголь в Европейском регионе – потребление, вред и политика // *Наркология*. – М., 2006. – № 1. – С. 44-52.
4. Алкоголь в Европейском регионе – потребление, вред и политика // *Наркология*. – М., 2006. – № 3. – С. 24-30.
5. Алтынбеков С.А. Систематизация и анализ эффективности основных механизмов противодействия распространению наркотической зависимости // *Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2004. – Т. IV, специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 42-82.
6. Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2007 год». – Павлодар, 2008. – 99 с.
7. Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2008 год». – Павлодар, 2009. – 63 с.
8. Аитон С. Неблагоприятные эффекты каннабиса и каннабиноидов // *Наркология*. – М., 2009. – № 9. – С. 71-87.
9. Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А. Модели незаконного потребления наркотиков, выявленные в ходе экспресс-оценки распространения наркомании в Кыргызстане // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 3. – С. 79-81.
10. Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А., Асанов Т.К. Эпидемиологические особенности инъекционной наркомании в Кыргызстане // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 3. – С. 81-86.
11. Бисалиев Р.В., Вешнева С.А., Великанова Л.П., Данилина А.М. Анализ причин смертности больных опишной наркоманией // *Наркология*. – Москва, 2006. – № 11. – С. 59-61.
12. Бохан Н.А., Мандель А.И., Трефилова Л.Л. Особенности наркологической ситуации в Томской области в 2000-2005 гг. // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2006. – С. 54-55.
13. Брюн Е.А., Шамота А.З., Ванисова Н.Г., Валькова У.В. Основные показатели, характеризующие состояние наркологической службы и

*распространенность наркомании в Москве в 2000-2006 гг. // Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 4. – С. 115-128.*

14. *Выступление директора программ по здравоохранению, населению и питанию ЮСАИД/КАР Дженнифер Адамс // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 55-57.*

15. *Выступление директора программы для Центральной Азии, Центры по Контролю и Профилактике Заболеваний Михаила Фаворова // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 58-60.*

16. *Выступление директора совместной программы ЮСАИД/ИОО, «Профилактика ВИЧ в Центральной Азии», Институт Открытое Общество/ Фонд Сорос Валерии Гуревич // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 62-63.*

17. *Выступление менеджера проекта Европейской Комиссии Соерена Клемма // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 65-66.*

18. *Выступление Национального координатора программы ЮНАИДС Александра Коссухина // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 60-62.*

19. *Выступление начальника подразделения по сокращению спроса на наркотики, УКНПП Криса ван Дер Бурга // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 51-53.*

20. *Выступление ответственного сотрудника Всемирной Организации Труда, по ВИЧ/СПИДу и сферы труда Екатерины Ивановой // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 64-65.*

21. *Выступление представителя подразделения по алкогольным и наркотическим веществам Европейского регионального бюро ВОЗ Алмаза Иманбаева // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 53-55.*

22. *Выступление старшего координатора проектов, ЮНИСЕФ Симон Страчан // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 57-58.*

23. *Вышинский К.В. Изучение распространенности употребления психоактивных веществ среди молодежи в России и странах Европы // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 230-231.*

24. *Гаيبов А.Г., Лукьянов Н.Б., Хасанова Е.С., Онищенко А.А. Ситуация по ВИЧ/СПИД и наркопотреблению, а также задачи по их профилактике в Республике Таджикистан // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 4. – С. 99-101.*



25. Гаибов А.Г., Мирзоев А.М., Хасанова Е.С., Гаибов Ф.А., Сайфуллоев Ф.Ф. К вопросу об обосновании дальнейшего развития сети услуг по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Республике Таджикистан // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 3. – С. 95-97.

26. Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г. // Наркология. – М., 2007. – №№ 7-12.

27. Гуревич И.Н., Жусакова М.М. Детерминация обращаемости за АРВ-терапией и приверженности к лечению у ВИЧ-позитивных в Санкт-Петербурге и Оренбурге // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 203-204.

28. Гуртовенко В.М. Последствия злоупотребления алкоголем у подростков // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 232-233.

29. Дворяк С.В., Менделевич В.Д. Духовность и эффективность в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 255-265.

30. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В. Деятельность международных и общественных организаций в профилактике немедицинского употребления ПАВ и зависимости от них // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 59-65.

31. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В. Формы государственного контроля за оборотом наркотиков (зарубежный и национальный опыт) // Наркология. – М., 2009. – № 7. – С. 12-18.

32. Доклад международного Комитета по контролю за наркотиками за 2007 год // Наркология. – М., 2008. – №№ 8-12.

33. Дубровский Р.Г., Теплицкий В.Г. Проект концепции координации системы профилактики наркомании в Российской Федерации // Наркология. – М., 2009. – № 12. – С. 26-37.

34. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации. – Москва, 2009. – 119 с.

35. Жанузаков М.А. Соматические аспекты героиновой наркомании (обзор литературы) // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2006. – Т. VI, № 1. – С. 39-45.

36. Зеленев В.В., Мазус А.И., Духанина И.В., Чигринцев О.В., Виноградов Д.Л. Политика противодействия распространению наркомании и ВИЧ-инфекции: актуальные вопросы // Наркология. – М., 2009. – № 7. – С. 33-36.

37. Иванец Н.Н., Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гуртовенко В.М., Павловская Н.И., Ходырев В.А., Клевно В.А., Соломатин Е.М., Лисянский Б.М. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных федерального статистического наблюдения // Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 3. – С. 105-118.

38. Иванов В.П. О наркоситуации в Российской Федерации: новые вызовы и угрозы // Материалы совещания главных наркологов и главных детских наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (15-19 сентября 2008 г.). – 2008. – С. 11-22.

39. Иванов В.П. О подходах к разработке стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации // Наркология. – М., 2009. – № 12. – С. 14-18.

40. Изаровский Б.В., Патрушева В.Б. Висцеропатии у потребителей инъекционных наркотиков (клинико-патологоанатомический аспект) // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 77-78.

41. Информация о научно-практическом семинаре в рамках проекта глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками в Российской Федерации в Петрозаводске (3-4 июля 2008 г.) // Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 5. – С. 14-19.

42. Информация по распространенности употребления алкоголя, алкогольной зависимости и связанными с данными факторами медицинскими и социальными проблемами в Республике Казахстан (период 1997-2007 гг.).

43. Итоги заседания Государственного антинаркотического комитета // Наркология. – М., 2009. – № 8. – С. 10-12.

44. Катков А.Л. Наркологическая служба Республики Казахстан. Проблемы, пути совершенствования. // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2006. – Т. VI, № 1. – С. 7-22.

45. Катков А.Л. Общие подходы к управлению качеством в системе наркологической помощи РК // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 2. – С. 7-24.

46. Катков А.Л., Пакеев С.О. Особенности формирования зависимости от опиоидов, сочетающейся с некоторыми видами коморбидной патологии. – Павлодар, 2007. – 195 с.

47. Катков А.Л., Аманова Ж.Ш., Юсупов О.Г., Байкенов Е.Б. Социальные аспекты противодействия распространению наркотической зависимости в Республике Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 7-16.

48. Киржанова В.В. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологическими расстройствами в России в 2006-2007 гг. // Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 6. – С. 53-66.

49. Клименко Т.В. Состояние наркологической службы в Российской Федерации и способы ее оптимизации // Наркология. – М., 2009. – № 11. – С. 20-23.

50. Космухамедова Ж. Наркоситуация в зоне “Ошского узла” // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 1. – С. 102-112.

51. Кошкина Е.А. О работе наркологической службы в 2007 г. и основных тенденциях распространения наркологических заболеваний в Российской Федерации // Материалы совещания главных наркологов и главных детских наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (15-19 сентября 2008 г.). – 2008. – С. 47-59.

52. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Гуртовенко В.М., Паронян И.Д., Шамова А.З., Киржанова В.В., Константинова Н.Я., Федулов А.П., Валькова У.В. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации. Методология проведения исследования. Часть 1. // Наркология. – М., 2009. – № 5. – С. 20-27.

53. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Гуртовенко В.М., Паронян И.Д., Шамова А.З., Киржанова В.В., Константинова Н.Я., Федулов А.П., Валькова У.В. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации. Результаты исследования. Часть 2. // Наркология. – М., 2009. – № 8. – С. 47-60.

54. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Гуртовенко В.М., Паронян И.Д., Шамова А.З., Киржанова В.В., Константинова Н.Я., Федулов А.П., Валькова У.В. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации. Результаты исследования. Часть 3. // Наркология. – М., 2009. – № 9. – С. 34-41.

55. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Гуртовенко В.М., Федулов А.П. Динамика распространенности употребления алкоголя среди учащихся Москвы по результатам анонимного анкетирования (1999, 2003, 2007 гг.) // Вопросы наркологии. – М., 2009. – № 2. – С. 85-94.

56. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики // Наркология. – М., 2009. – № 8. – С. 41-46.

57. Кошкина Е.А., Павловская Н.И., Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Усенко К.Ю., Земскова Н.А. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России // Наркология. – М., 2009. – № 11. – С. 24-31.

58. Краснов В.Н., Иванец Н.Н., Дмитриева Т.Б., Кононец А.А., Тиганов А.С. *Нет метадоновым программам в Российской Федерации // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи).* – Москва, 2008. – С. 220-225.

59. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. *Принципы доказательной медицины в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи).* – Москва, 2008. – С. 84-95.

60. Кумпл Ф., Франке С. *Предварительное содействие в сокращении спроса на наркотики: Анализ потребностей стран Центральной Азии в сокращении спроса на наркотики // Вопросы наркологии Казахстана.* – Павлодар, 2002. – Т. II, № 3. – С. 19-54.

61. Лелевич В.В., Винницкая А.Г., Разводовский Ю.Е., Лелевич С.В. *Эпидемиологические аспекты распространения наркотических и токсикоманических веществ в Республике Беларусь // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием.* – М., 2009. – С. 239-241.

62. Лелевич В.В., Винницкая А.Г., Лелевич С.В., Разводовский Ю.Е. *Оценка ситуации с распространением потребления психоактивных веществ в Беларуси // Вопросы наркологии.* – М., 2009. – № 1. – С. 67-75.

63. Линский И.В., Минко А.И., Первомайский Э.Б. *Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине // Наркология.* – Москва, 2005. – № 4. – С. 12-17.

64. Линский И.В., Минко А.И., Первомайский Э.Б., Дьяченко Л.И., Минко А.А. *Динамика зависимости от психоактивных веществ в Украине и ее влияние на некоторые параметры наркологического диспансерного учета // Психическое здоровье.* – М., 2007. – № 2. – С. 28-34.

65. Линский И.В., Минко А.И., Первомайский Э.Б., Дьяченко Л.И., Минко А.А. *Актуальные тенденции развития зависимости от ПАВ в Украине // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии.* – Москва, 2007. – С. 61-62.

66. *Межведомственный План мероприятий по сокращению употребления алкоголя в Республике Казахстан на 2007-2008 годы // Утвержден совместным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2007 года № 173.*

67. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств // ВОЗ.* – СПб., 1994. – 302 с.

68. *Международный опыт сокращения спроса на наркотики – актуальные проблемы (по материалам межправительственной рабочей*

группы экспертов, Вена, 2008) // *Психическое здоровье*. – М., 2008. – № 12. – С. 3-6.

69. Мейлахе П.А. *Идеологические дебаты вокруг наркотизма на Западе и в России // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи)*. – Москва, 2008. – С. 66-83.

70. Минко А.И., Ланский И.В. *Наркология в вопросах и ответах // Феникс*, 2003. – 477 с.

71. *Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2005-2006 гг. (статистический сборник)*. – Павлодар, 2007. – 82 с.

72. *Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2006-2007 гг. (статистический сборник)*. – Павлодар, 2008. – 85 с.

73. *Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2007-2008 гг. (статистический сборник)*. – Павлодар, 2009. – 85 с.

74. *Наркология. Национальное руководство. Под редакцией члена-корр. РАМН Н.Н. Иванца, акад. РАМН И.П. Анохиной, проф. М.А. Винниковой // Москва, «ГООТАР-Медиа», 2008. – 719 с.*

75. Немцов А.В. *Реальна ли оценка потребления алкоголя в Беларуси? (Комментарии к опубликованным статьям) // Вопросы наркологии*. – М., 2009. – № 1. – С. 76-79.

76. Немцов А.В., Давыдов К.В., Разводовский Ю.Е. *Сравнительный анализ алкогольной ситуации в Беларуси и России // Наркология*. – М., 2009. – № 1. – С. 52-60.

77. Никифоров И.А. *Соматоневрологические расстройства при злоупотреблении психоактивными веществами // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. – М., 2006. – Том 106, № 8. – С. 65-73.

78. Оленко Е.С., Скворцов Ю.И., Панченко Л.Ф. *Особенности висцеропатий у больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии*. – М., 2001. – № 2. – С. 65-75.

79. *Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007-2008 годах (статистический сборник)*. – Москва, 2009. – 139 с.

80. Павловская Н.И., Пелипас В.Е., Цетлин М.Г. *Совещание рабочей группы Европейского регионального бюро ВОЗ «Российская Федерация: политика в области алкоголя и наркотиков. Концепция и резолюция»*. – Москва, март 2003 г. // *Вопросы наркологии*. – М., 2003. – № 3. – С. 15-19.

81. Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д. *Проблемы алкогольной политики // Вопросы наркологии*. – М., 2009. – № 4. – С. 98-118.

82. Погосов А.В., Погосова И.А., Коваленко А.Ю., Борисов С.А. *Развитие взглядов на проблему коморбидных расстройств в психиатрии и*

наркологии (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2006. - № 3 (42). – С. 103-109.

83. Политика ограничения потребления алкоголя в Республике Казахстан.

84. Полонская Я. Стратегия снижения вреда в глобальной политике в отношении употребления нелегальных наркотиков // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 201-214.

85. Протокол заседания Совета Безопасности Российской Федерации от 8 сентября 2009 г. «О приоритетных направлениях совершенствования государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков» // Наркология. – М., 2009. – № 11. – С. 14-19.

86. Разводовский Ю.Е. Острая алкогольная интоксикация как фактор риска насильственной смерти // Наркология. – М., 2009. – № 2. – С. 50-56.

87. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси // Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 6. – С. 68-72.

88. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и насильственная смертность в Беларуси // Вопросы наркологии. – М., 2009. – № 1. – С. 56-64.

89. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и смертность от инфаркта миокарда в Беларуси // Наркология. – М., 2008. – № 9. – С. 47-52.

90. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и эпидемиологические параметры алкоголизма в Беларуси // Наркология. – М., 2008. – № 11. – С. 36-43.

91. Разводовский Ю.Е. Самоубийства и алкогольные отравления в Беларуси // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2008. – Том 18, выпуск 1. – С. 12-17.

92. Ракишева А.С. Аутоагрессивное поведение у больных героиновой наркоманией // Сб. статей и тезисов Международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии» (27-28 сентября 2007 г.). – Павлодар, 2007. – С. 82-85.

93. Распространенность и особенности потребления психоактивных веществ среди учащихся городских школ РК. – Павлодар, 2009. – 73 с.

94. Резолюция совещания главных наркологов и главных детских наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации // Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 5. – С. 4-6.

95. *Рекомендации по итогам работы рабочих секций по странам в отношении национальных приоритетов в области сокращения спроса на наркотики в Республике Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 66-68.*

96. *Рекомендации по итогам работы рабочих секций по странам в отношении национальных приоритетов в области сокращения спроса на наркотики в Кыргызской Республике // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 68-69.*

97. *Рекомендации по итогам работы рабочих секций по странам в отношении национальных приоритетов в области сокращения спроса на наркотики в Республике Таджикистан // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 69-71.*

98. *Рекомендации по итогам работы рабочих секций по странам в отношении национальных приоритетов в области сокращения спроса на наркотики в Республике Узбекистан // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 71-72.*

99. *Рекомендации рабочей группы по «лечению и реабилитации наркозависимых» // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 74-75.*

100. *Рекомендации рабочей группы по «профилактике ВИЧ среди инъекционных потребителей наркотиков» // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 75-76.*

101. *Рекомендации рабочей группы по «профилактике наркомании и повышению осведомленности населения» // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 73-74.*

102. *Рекомендации рабочей группы по «укреплению политических мер и пропаганде сокращения спроса на наркотики» // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2003. – Т. III, № 1. – С. 72-73.*

103. *Республика Казахстан. Наркоситуация в 2007 году. Проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков» программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (КА-ДАП). – Астана, 2009. – 60 с.*

104. *Ролик А.И., Козлов А.А. К проблеме оценки наркоситуации в свете Стратегии национальной безопасности России // Наркология. – М., 2009. – № 12. – С. 19-25.*

105. *Салюк Т.А., Берлева А., Петренко Т., Шваб И.А. Оценка численности групп риска в Украине // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 188-189.*

106. Скворцова Е.С., Елчина И.С. Распространенность потребления наркотически действующих веществ среди городских подростков-школьников России в 2003-2004 гг. // Психическое здоровье. – М., 2006. – № 10. – С. 3-7.

107. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009-2011 годы. – Астана, 2008. – 47 с.

108. Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы // Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года № 1678.

109. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации // Документ от 28.12.2009 г. – 20 с.

110. Стратегия Европейского союза по борьбе с наркотиками (2005-2012 гг.) // Наркология. – М., 2007. – № 4. – С. 24-30.

111. Фонд содействия развитию социальных и гуманитарных отношений «Взаимодействие цивилизаций». Концепция Национальной Программы «Улучшение демографической ситуации в Российской Федерации путем снижения масштабов злоупотребления алкоголем». – Москва, 2009. – 103 с.

112. Халтурина Д.А., Кортаев А.В. Алкоголь и наркотики как важнейшие факторы демографического кризиса в России // Наркология. – Москва, 2006. – № 8. – С. 42-49.

113. Халтурина Д.А. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии // Наркология. – М., 2007. – № 5. – С. 10-17.

114. Чернобровника Т.В., Артемчук А.Ф., Сосин И.К., Никифоров И.А. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) // Наркология. – М., 2006. – № 12. – С. 47-74.

115. Шоннинг Ш., Коффин Ф., Кертис М. Передозировка: основная причина предотвратимой смертности среди ЛЖВ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 87.

116. Эдвардс Дж. Алкогольная политика: обеспечение положительного воздействия на здоровье // Наркология. – М., 2006. – № 7. – С. 23-26.

117. Kokkevi A., Arapaki A., Richardson C., Florescu S., Kuzman M., Stergar E. Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in Six European countries // Drug and Alcohol Dependence. 2007. Vol. 88. P. 308-312.



118. Kokkevi A., Fotiou A., Richardson C. *Drug Use in the General Population of Greece over the Last 20 Years: Results from Nationwide Household Surveys* // *European Addiction Research*. 2007. Vol. 13. P. 167-176.

119. Kokkevi A., Gabbainn S.N., Spyropoulou M. *The Risk Behaviour Focus Group of the HBSC. Early Initiation of Cannabis Use: A Cross-national European Perspective* // *Journal of Adolescent Health*. 2006. Vol. 39. P. 712-719.

120. Richardson S.C., Politicou K., Terzidou M., Maka Z., Kokkevi A. *The Quality of Data obtained from Self-Completed Questionnaires in a Survey of High School Students* // *Quality & Quantity*. 2006. № 40. P. 121-127.

121. UNODC. *Тенденции спроса на лечение в Центральной Азии (2003-2005 гг.) // Злоупотребление наркотиками в Центральной Азии. – 2006. – 44 с.*

### **3. Вовлечение в экстремистские организации**

Одно из наиболее заметных опасных и прогрессирующих социальных явлений конца XX и начала XXI столетия – экстремизм в различных формах его проявления: религиозный, национальный, политический и др. (Тулупов В., 2006).

Общее определение данного явления следующее: под экстремизмом понимается приверженность к крайним взглядам и мерам (Первый толковый большой энциклопедический словарь, 2006).

Основной «рабочий инструмент» достижения экстремистских целей и устремлений – терроризм (Антонян Ю.М. и др., 2006). В силу чего главные характеристики терроризма мы рассматриваем в специальном подразделе настоящей главы, описывающем признаки исключительной социальной опасности обсуждаемого явления.

#### **3.1 Определение и основные характеристики**

Несмотря на сложности сущностной и терминологической идентификации, на сегодняшний день в научных, культурных, религиозных и политических элитах существует консенсус в отношении того, чем отличается религиозный и политический экстремизм от свободы вероисповедания и убеждения (Алиев Р., 2004). Религиозный экстремизм определяется как социальное явление, существующее в четырех следующих взаимосвязанных формах:

1) религиозное сознание (общественное, индивидуальное), которому свойственны признаки тоталитаризации и преувеличения ценности определенной совокупности религиозных идей в ущерб всем иным рели-

гиозным и светским идеям; нигилизма – отрицания всех иных идей, в том числе религиозных, кроме одной; религиозного фанатизма – безусловно-го верования в истинность единственной религиозной идеи (совокупность идей) и готовность следовать ей при любых обстоятельствах;

2) религиозная идеология (религиозная доктрина), характеризующаяся произвольным провозглашением истинным единственного объяснения проблем существующего мира и предложением однозначных (истинных) способов их разрешения; безусловным разделением всех социальных явлений на «добро» и «зло»; приданием исключительного доминирующего положения одному из аспектов бытия в ущерб всем остальным; отрицанием объективной господствующей иерархии общесоциальных (общечеловеческих) ценностей; игнорированием или принижением регулятивной значимости любых социальных, в том числе правовых, норм, не соответствующих объявленной истинной религиозной доктрине;

3) деятельность по реализации религиозной доктрины, провозглашенной единственно истинной;

4) организационные формы осуществления религиозной доктрины, в частности религиозные экстремистские организации (в том числе тоталитарные секты).

В общем поле религиозного экстремизма следует различать криминальный религиозный экстремизм, который определяется как целостная совокупность (система) признанных преступлениями общественно опасных деяний, направленных на формирование и распространение любыми способами религиозных идей, произвольно объявленных истинными в ущерб всем иным религиозным либо светским идеям, а также на реализацию этих идей уголовно-наказуемыми способами (Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Баковиков А.К., 2006).

Наиболее опасными с точки зрения деструктивных социальных последствий признаются формы религиозно-политического и этно религиозного экстремизма, для которых характерны агрессивная экспансия и масштабное вовлечение маргинальных (с точки зрения неудовлетворенности существенными социальными условиями) слоев населения. Религиозно-политический экстремизм определяется как религиозно мотивированная или религиозно камуфлированная деятельность, направленная на возбуждение религиозной вражды и ненависти в целях насильственного изменения государственного строя и захвата власти, нарушения суверенитета и территориальной целостности государства. Основу религиозно-политического экстремизма составляет приверженность в религии к крайним взглядам и действиям, насилие, жестокость, агрессивность,

сочетающиеся с демагогией (Нуруллаев А.А., Нурулаев Ал.А., 2003; Наматов Н., 2004).

Для этно религиозного экстремизма характерно сочетание и взаимопотенцирование мотивов как религиозной, так и этнической исключительности. Такая комбинированная форма крайностных взглядов и действий наиболее взрывоопасна, особенно в слабо развитых странах и регионах, переживающих затяжные кризисные периоды своего развития, и масштабов деструктивных социальных последствий (Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Беловиков А.К., 2006).

### ***3.2 Данные о распространенности***

Точных данных о количестве населения, вовлеченного в деятельность экстремистских организаций, на сегодняшний день не существует. Такого рода статистику получить крайне сложно.

О масштабах распространения экстремизма можно судить по данным о беспрецедентных темпах прироста террористических актов в мире: за последние 30 лет было совершено более 10 тысяч террористических актов, только широко известных и нашедших отражение в СМИ.

Следует иметь в виду, что лица, участвующие в деятельности экстремистских и террористических организаций, неоднородны. По крайней мере, они могут быть разделены на две группы: 1) лидеры и организаторы; 2) второстепенные лица – так называемая социальная база экстремизма. Последняя группа может быть весьма многочисленна.

### ***3.3 Данные о вредных последствиях***

Помимо прямого социального ущерба, наносимого террористическими акциями гражданскому населению, а также тем группам, против которых направлена террористическая атака (массовая гибель людей, травмы, увечья, разрушение зданий, коммуникаций, экономический ущерб), экстремизм оказывает крайне негативное воздействие на психику и здоровье людей, оказавшихся в сфере влияния устрашающих акций. Острая шоковая реакция на стресс и далее – развитие посттравматического стрессового расстройства, депрессия, тревога, развитие стойкого синдрома деморализации – таковы основные и, добавим, планируемые следствия террористических акций. Именно за счет шоковой общественной реакции атакуются параметры устоявшегося социального порядка и внушается мысль о слабости действующих властей, оказавшихся не в состоянии защитить собственное население. Следовательно, речь идет еще и о тотальном психологическом и политическом ущербах.

Общество, существенная часть которого оказывается в состоянии деморализации (основные признаки данного состояния: низкий уровень самооценки; чувство безнадежности, беспомощности; чувство страха, тревоги, уныния; спутанность мышления; психофизиологические симптомы, воспринимаемые как признаки нарушения физического здоровья – Франк Дж. Д., 1996), теряет способность к эффективной самоорганизации. Такое общество тяготеет к архаическим формам поведения, для которых характерны опора на инстинкт самосохранения (нецеленаправленная агрессия, бегство, ступор), формирование деструктивных психологических защит, повышенная внушаемость, неосознаваемый поиск «какого угодно» порядка, избавляющего от пережитого страха и ужаса. Таким обществом очень легко манипулировать инструментами страха и принуждения.

Современный экстремизм – это локальная война со всеми вытекающими отсюда последствиями.

### ***3.4 Оценка социального ущерба***

Исключительную социальную опасность экстремизма обычно связывают с основным оружием данного социального явления – терроризмом.

Общее и наиболее употребляемое определение терроризма следующее: под терроризмом понимаются деструктивные действия (захват заложников, взрывы и газовые атаки в общественных местах, разрушения, поджоги и др.), создающие опасность гибели людей и производимые обычно экстремистскими организациями с целью устрашения населения, оказания воздействия на принятие решений органами власти, а также угроза совершения указанных действий в тех же целях (Первый толковый большой энциклопедический словарь, 2006).

В последние годы международный и региональный терроризм стал одной из главных тем, обсуждающихся мировым сообществом (Куслий П., 2005). Многие исследователи в качестве основной тенденции отмечают интенсивное изменение терроризма в направлении повышения его общественной опасности. В частности, указывается на:

- 1) беспрецедентные темпы прироста террористических актов и атак;
- 2) возросший уровень организованности (терроризм в истекшем столетии развивался от террористов - одиночек до создания террористических групп, крупных организаций, политических террористических формирований, транснациональных террористических объединений);
- 3) возросший уровень материально-технического и финансового обеспечения (используются все средства массового поражения при помощи мировых центров финансирования террористических организаций);

4) беспрецедентные масштабы террористической деятельности (в сферах влияния террористов оказываются города, страны, регионы);

5) утяжеление последствий и числа человеческих жертв (темпы прироста человеческих жертв в среднем на порядок опережают темпы прироста самих террористических актов, с общей тенденцией от убийства отдельных лиц к уничтожению тысяч и десятков тысяч ни в чем не повинных людей);

6) изменение характера и объема целей (от убийства отдельных лидеров до свержения легитимных властей, разрушения государств, фактического уничтожения целых народов);

7) расширение социальной базы терроризма (под знамена террористов становятся не только отдельные организации и объединения – политические, националистические и религиозные, а целые слои населения, иногда – обманутые соответствующей пропагандой народы);

8) использование современных компьютерных технологий, которое выделяется в особое направление террористической деятельности – кибертерроризм.

Сущность кибертерроризма заключается в оказании противоправного воздействия на информационные системы, которая создает опасность для жизни и здоровья людей или наступления тяжелых последствий с целью нарушения общественной безопасности, запугивания населения или провокации военного конфликта. Кибертерроризм – это серьезная угроза человечеству, сравнимая с ядерным, бактериологическим и химическим оружием. Кибертерракт не имеет государственных границ и способен в равной степени угрожать информационным системам, расположенным практически в любой точке земного шара. При этом обнаружить и нейтрализовать виртуального террориста весьма проблематично. Степень этой новой угрозы не в должной мере осознана и изучена. Тем не менее, уже сейчас понятно, что инструмент кибертерроризма может быть использован для реализации такой тотальной стратегии разрушения отдельных государств, как технологии управляемого хаоса (Михеев И.Р., 2004; Denning E., 2004; Хилдред С.А., 2007; Мазуров В.А., 2010; Mann S.N., 1992; Лепский В.Е., 2009).

По основным видам и формам преступной деятельности терроризм подразделяют на: политический, религиозный, националистический, экономический. По территориальному признаку терроризм определяется как международный и внутригосударственный (Михеев И.Р., 2004; Яковенко И.Г., 2003; Данилова Т.Г., 2003; Sluka Jeffrey A., 2000). В базах данных спецслужб различных стран с 1968 по 2004 г. собраны сведения о 20389 террористических инцидентах, совершенных по вышеприведенным мотивам.

Причем для различных регионов (Европа, Азия, Латинская Америка, Африка) характерны как преобладание определенных типов террористической активности, так и общих уровней такого рода активности (Доклад Российского фонда фундаментальных исследований, 2005).

### ***3.5 Механизмы вовлечения***

По данным многочисленных (свыше двухсот) публикаций, среди причин, способствующих распространению религиозного и национального экстремизма, наиболее часто называют следующие:

- индивидуально психологические факторы – унижение, безысходность, чувство неполноценности;
- агрессивный информационный прессинг;
- цивилизационный кризис и поляризация мира;
- кризис традиционных религий;
- эскалация религиозных и расовых конфликтов в политических целях;
- миграционные процессы, экспорт идей фундаментализма и национализма;
- архитипический иррациональный ответ на угрозу национальной идентичности и независимости;
- стихийный или организационный протест на чужеродную геополитическую, информационную и экономическую экспансию;
- социальная маргинализация и особенности личности.

Среди дополнительных факторов, способствующих развитию терроризма, называют организационно-стратегические факторы (терроризм как общая стратегия достижения политических целей); глобализацию (особенно информационного пространства), способствующую принципиальной достижимости террористических целей и средств для осуществления террористических актов.

На территории постсоветских республик среди условий, способствующих росту терроризма, называют: 1) глубинные противоречия в экономической сфере и отрицание частью населения новых экономических отношений и способа перехода к ним; 2) растущую социальную дифференциацию граждан, из которых, по данным отдельных социологических исследований, около 30% оказались люмпенизированными и 40-50% находятся на перепутье; 3) усиление социальных противоречий под влиянием растущей преступности, особенно организованной, которая сама создает систему защиты от правоохранительных органов и контроля со стороны общества; 4) низкую эффективность работы правоохранительных органов и механизмов правовой защиты населения; 5) борьба за власть политиче-

ских группировок с использованием всех возможных средств; 6) снижение эффективности функционирования защитных механизмов в сфере ответственности и морали; утрату ориентиров в воспитательной работе, в первую очередь среди молодежи, с нарастанием тенденций к разрешению возникающих противоречий и конфликтов силовым способом (Степанов Е.И., 2000; Главные угрозы национальной безопасности России начала XX века / Аналитическая группа АЭБ ЮНИОН, 2002).

Экстремистско-террористические организации по своим характеристикам напоминают хорошо отлаженные корпорации с разветвленной вербовочной структурой, информационной службой, многочисленными связями с лицами и фондами, спонсирующими данные процессы, собственной службой безопасности и высшим командно-идеологическим звеном. В таких организациях, как правило, присутствует жесткая полувоенная или военная дисциплина, при которой приказы вышестоящего руководства неукоснительно выполняются, а санкции за неисполнение могут быть весьма жесткими.

В связи со всем сказанным особый интерес представляют характеристики (психологические портреты) лиц, вовлекаемых в экстремистские организации и их террористические отряды. По многочисленным данным, лица, участвующие в деятельности экстремистских организаций, неоднородны по своим социально-психологическим характеристикам. Условно они могут быть разделены на четыре группы: 1) хулиганствующие «попутчики»; 2) непосредственные или второстепенные исполнители; 3) «идейные» исполнители и координаторы, составляющие ядро экстремистской группы; 4) лидеры, организаторы и спонсоры, использующие экстремистов в собственных целях и обеспечивающие им прикрытие от эффективного преследования. Первая и вторая группы являются «второстепенными» или «слабыми» звеньями в организациях экстремистского толка. Тем не менее, в совокупности с сочувствующей маргинальной частью населения, из которой рекрутируются участники упомянутых иерархических уровней, эти группы как раз и являются необходимой социальной базой, без которой экстремизм как масштабное социальное явление не мог бы существовать и развиваться (Ростокинский А.В., 2007).

Как правило, для лиц, привлекаемых в низшие уровни экстремистских организаций, характерны: интеллектуальная и нравственная ограниченность, нетерпимость к критике; готовность увидеть недостатки исключительно у других, обвинить окружающих в своих собственных неудачах; компенсаторная грубость, агрессия, склонность к применению насилия; готовность подчиняться силе и природным инстинктам выживания, когда

всё «иное» расценивается как угроза своему существованию и требует устранения; социально-психологическая неустойчивость и стремление принадлежности к какой-либо группе людей (желательно сильных и агрессивных) для обретения чувства уверенности и собственной значимости; использование упрощенных штампов и примитивной формы психологической защиты для самооправдания от собственных неудач; психическая тугоподвижность, ригидность (Баева Л.В., 2008). Вышеприведенные личностные особенности характерны также и для лиц, вовлекающихся в деятельность террористических организаций, которые часто объединяют с экстремистскими.

Последний аспект представляет особенный интерес в связи с многочисленными исследованиями, описывающими психологические особенности лиц, вовлекаемых в деятельность террористических организаций. В частности, приводятся сведения о том, что среди лидеров террористических организаций (более 400 персоналий), главных идеологов и вдохновителей соответствующих политических, националистических и религиозных движений не обнаруживается ни безработных, ни бродяг, пришедших к террору в поисках денег и славы. Их можно охарактеризовать как квалифицированных профессионалов при хорошей работе. Только около 30% из них не имели специальной квалификации. Другая тенденция – их средний возраст 25-26 лет, т.е. это, в основном, молодые и достаточно обеспеченные люди. Таким образом, подтверждаются данные о неоднородности иерархических уровней террористических и экстремистских организаций и их расслоение на лиц, вовлекаемых в первичное звено и «идейную верхушку» (Хохлов И.И., 2006). Факт вовлечения в террористическую организацию, как правило, не связан ни с какой ментальной болезнью. Большинство последователей согласны с тем, что террористы, находящиеся в четком обособлении от общества, являются здравомыслящими и относительно нормальными людьми, т.е. не демонстрируют ярко выраженную психопатологию (Moghadam A., 2005). В то же время не вызывает сомнения тот факт, что в качестве волонтеров или кадровых участников низших звеньев террористических организаций рекрутируются социально-дезадаптированные, малоуспешные люди. Они, как правило, плохо учились в школе и вузе, не смогли сделать карьеру, добиться того же, что и их сверстники. Они обычно страдают от одиночества, у них не складываются отношения с представителями противоположного пола. Такие люди почти везде и всегда были аутсайдерами и не чувствовали себя своими ни в одной компании, их постоянно преследуют неудачи. Рядовые члены террористических организаций характеризуются высоким невротизмом и очень высоким



уровнем агрессии. Им свойственно стремление к поиску острых ощущений – обычная жизнь им кажется пресной, скучной и, главное, бессмысленной. Им хочется риска и опасности (Берту Э., 2003). Исключительно важным фактором, объясняющим феномен ускоренного вовлечения социальных маргиналов в экстремистско-террористические организации, является механизм «психологических премий», которые «выдаются» террористическими организациями своим сторонникам. Речь идет о том, что эти внутренне неуверенные в себе люди, всеми силами стремящиеся восполнить недостаток уважения к ним, вступив в могущественную тайную структуру, обретают, наконец, главный приз – ресурсный статус, самоуважение, смысл жизни и освобождение от каких бы то ни было социальных запретов. Появляется чувство избранности, причастности к судьбе. Внутренняя организация и законы функционирования террористических групп в максимальной степени способствуют адаптации вчерашних аутсайдеров. Крайний авторитаризм, беспрекословное подчинение руководителю, полный контроль всех аспектов жизни членов группы сочетается с подчеркнутой гуманностью в отношениях друг к другу, с готовностью помочь, с полным и безусловным принятием каждого. Стратегия действия обсуждается коллективно, каждый имеет возможность ощущать себя соавтором великих планов (Гозман А.Я., Шестопал Е.Б., 1996; Jerrold M. Post, 2005). Нечто вроде упомянутой «психологической премии» перепадает и части социальных маргиналов, прямо не вовлекающихся, но сочувствующих деятельности террористических организаций. Наиболее радикальным и угрожающим обществу результатом формирования положительного отношения к терроризму в данной группе населения является желание человека перенять у террористов методы их борьбы за свои интересы и применить их в одиночку, оправдывая свое поведение ссылкой на террористов. Психологические механизмы такого рода «премирования» исследованы достаточно подробно и включают приемы морального самооправдания, выгодного сравнения, смещения и диффузии ответственности, дегуманизации жертвы, искажения и пренебрежения последствиями. Т. е. происходит резкое ослабление и фактическое размывание запретительных социальных норм, препятствующих совершению антиобщественных криминальных действий (Ениколопов С.Н., Мкртчян А.А., 2008).

Полный цикл психотехнологической обработки будущего террориста (который во многом проецируется в сочувствующие, маргинальные слои социума) включает пять стадий социально-психологического обусловливания:

- стадия 1 – деплурализация – полное лишение адепта всех иных групповых идентичностей;
- стадия 2 – самоидентификация – полное лишение адепта личной идентичности;
- стадия 3 – деиндивидуализация других – полное лишение врагов их личных идентичностей;
- стадия 4 – дегуманизация – идентификация врагов как недочеловеков или нелюдей;
- стадия 5 – демонизация – идентификация врагов как зла (Stahelski F., 2004).

Таким образом, процесс вовлечения населения в экстремистские и террористические организации, как и другие виды социальных эпидемий, предусматривает интенсивное использование специальных психотехнологий и циничное манипулирование сознанием уязвимых групп населения.

### ***3.6 Способы социального противодействия***

В связи с исключительной социальной опасностью обсуждаемого явления международным сообществом (в рамках деятельности международных блоков и организаций) и национальными правительствами предпринимаются всё более активные меры к пресечению деятельности экстремистских и террористических организаций, искоренению причин, стоящих у истоков данных процессов. При этом первые представлены комплексом силовых, правовых и политических мер, направленных на ограничение активности экстремистских организаций. Вторые – на достижение удовлетворительного консенсуса по вопросам обеспечения политических и религиозных свобод (Максимова М.В., 2002; Ханьжов К.В., 2006; Чуганов Е., 2006).

Общепризнанным лидером в развитии международного противодействия распространению экстремизма и терроризма является Организация Объединенных Наций. Данной организацией приняты Международные конвенции по борьбе с терроризмом (ООН, 2004); разработана Глобальная контр-террористическая стратегия (ООН, 2006), Руководство по включению в законодательство и применению универсальных документов о борьбе с терроризмом (ООН, 2007); опубликован «Обзор дел о терроризме» в помощь национальным правоохранительным органам, специализирующимся на данной проблеме (ООН, 2010). Управление по контролю за наркотиками и преступностью ООН постоянно оказывает техническую помощь, а также информационную поддержку государствам-членам ООН в осуществлении универсальных конвенций и протоколов, касающихся терроризма (ООН, 2008, 2009).

Все вышеназванные международные документы ориентированы, в основном, на политические, правовые и силовые меры противодействия распространению экстремизма и терроризма. Национальные стратегии противодействия, в частности, реализуемые в бывших союзных республиках, здесь не являются исключением.

Между тем, всё больше голосов раздается в пользу необходимости изучения психологии терроризма, привлечения междисциплинарных подходов, включающих знания политики, истории, экономики, идеологии, религии и культуры. Высказывается мнение о необходимости иметь научно обоснованную концепцию происходящего, чтобы попытаться понять психологические истоки роста насилия, а также определить стратегические направления деятельности, которые позволили бы лишить терроризм его психологической подпитки и социальной базы, из которой он последовательно черпает силы и сторонников (Решетников М.М., 2004). Всё чаще признается тот факт, что программы, которые снижают уязвимость к террору и способствуют социальной устойчивости, являются ключевым компонентом антитерроризма. Разработка программ такого рода требует проведения масштабных исследований для понимания того, какие шаги могут иммунизировать общество против террора и способствовать социальной устойчивости (Международный саммит по демократии, терроризму и безопасности, Том 1, 2005).

В Республике Казахстан, помимо обозначенных в предыдущем разделе мероприятий по ограничению деятельности незаконных религиозных организаций и объединений, функционирует система уголовного преследования лиц и организаций, осуществляющих экстремистскую и террористическую деятельность. Предусмотрена уголовная ответственность за возбуждение социальной, национальной, родовой, расовой и религиозной вражды. Вопросы этно религиозного и политического экстремизма, террористических угроз являются одними из главных в работе Совета по Национальной Безопасности, действующего при Президенте Республики Казахстан.

Из политических и гуманитарных мер особо следует отметить организацию Ассамблеи народа Казахстана, активно работающую по формированию межнационального согласия в стране, где проживают представители 138 наций и народностей, а также регулярно проводимые международные конференции и форумы всех религий, где обсуждаются вопросы религиозной толерантности, веротерпимости, вопросы отношения традиционных конфессий к новым религиозным движениям.

Первые лица государства активно поддерживают деятельность вышеназванных и других социальных институтов по формированию межнаци-

онального и межконфессионального согласия, тем самым посылая обществу ясный и недвусмысленный сигнал о политических приоритетах в данной важнейшей сфере.

### **3.7 Общая оценка эффективности социального противодействия в РК**

Общая оценка эффективности усилий по противодействию распространения экстремизма и терроризма, предпринимаемых в РК и бывших союзных республиках, во многом сходна с аналогичной оценкой по предыдущей главе. Причины данного обстоятельства вполне понятны – экстремизм, особенно если речь идет о его этно религиозной форме, есть лишь некий этап в развитии деструктивных культовых или сектантских организаций, на котором исходные «душеспасительные» цели, касающиеся исключительно членов секты, трансформируются в экспансивные, экстремистские устремления с противозаконной практикой их достижения.

Таким образом, можно констатировать наличие и достаточную представленность следующих форм организованного противодействия:

- активной внутренней политики, направленной на формирование межнационального и межконфессионального согласия;
- законодательной базы, подкрепляющей данную политику соответствующими правовыми нормами;
- дееспособных социальных институтов, оказывающих заметное влияние на процессы укрепления межнационального и межконфессионального согласия среди населения;
- проработанной законодательной базы, касающейся уголовного преследования за распространение экстремизма и терроризма;
- свободного доступа к информации об экстремистских, террористических организациях и возможных последствиях их деятельности;
- организованной контр пропаганды по официальным каналам в СМИ.

*Дефицитарность* следующих форм:

- концепций эффективного гуманитарного противодействия процессу вовлечения населения в экстремистские движения и организации;
- механизмов эффективного противостояния киберэкстремизму, кибертерроризму;
- эффективных технологий экстренной, консультативной, реабилитационной помощи лицам, вовлеченным в деятельность экстремистских организаций;

- эффективных технологий комплексной помощи населению, оказавшемуся в сфере деструктивного влияния и воздействия вследствие террористических актов и угроз.

*Отсутствие:*

- комплексной системы мониторинга, учитывающей высокие риски и факты вовлечения населения в экстремистскую деятельность;
- научно обоснованной концепции и стратегии эффективной первичной профилактики вовлечения населения в противоправную экстремистскую деятельность, реализуемых в гуманитарной сфере;
- специализированных и высокоэффективных форм помощи (консультирования, реабилитации) лиц, оказавшихся в сфере влияния экстремистских и террористических организаций;
- эффективных, масштабных и сверхбыстрых форм интернет-реагирования на киберэкстремистские и кибертеррористические акции.

Таким образом, следует говорить лишь о первом (из 4-х возможных вариантов) уровне контроля над социальной эпидемией экстремизма, когда информация о распространении данного явления неполная, а масштаб и эффективность противодействующих усилий недостаточны.

**Список основных ссылок**

1. Алиев Р. *Азербайджан: Религия и государство – принципы автономного сосуществования // Выступление на конференции на тему «Роль религии и убеждения в демократическом государстве», 2004.*
2. Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Беловиков А.Л. *Этнорелигиозный терроризм. – М.: Аспект Пресс, 2006. – 318 с.*
3. Берту Э.К *психологии терроризма. – 2003. – www.russ.ru/politics/20030806-bertou.html*
4. Баева Л.В. *Экстремизм: природа и формы проявления. – 2008.*
5. Байкенов Е.Б. *Исследование особенностей мотивационной сферы наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 54-56.*
6. *Главные угрозы национальной безопасности России начала XX века, аналитическая группа АЭБ ЮНИОН, 2002.*
7. Гозман А.Я., Шестопал Е.Б. *Психология власти. – 1996.*
8. Данилова Т.Г. *Политический терроризм как предмет политической науки. Проблема изучения в контексте современности. – 2003.*
9. *Доклад Российского фонда фундаментальных исследований. Связь терроризма с социальными, политическими, экономическими и международными условиями. Пределы моделирования. – 2005.*

10. Ениколопов С.Н., Мкртычян А.А. Психологические последствия терроризма // *Вопросы психологии*. – 2008. – № 3. – С. 71-80.
11. Куслий П. Культурные противоречия Запада и Востока и конфликты на их основе. – 2005.
12. Лепский В.Е. Технологии управляемого хаоса – оружие разрушения субъектности развития. – 2010.
13. Максимова М.В. Проблемы использования зарубежного опыта по нейтрализации последствий криминального экстремизма органами внутренних дел: автореферат дис. на соискание ученой степени кандидата юридических наук. – 2002.
14. Михеев И.Р. Терроризм: понятие, ответственность, предупреждение. – 2004. – [http://crime.vl.ru/docs/stats/stat\\_62.htm](http://crime.vl.ru/docs/stats/stat_62.htm)
15. Морозова О. Сектантство и закон. – 2004. – <http://www.gazeta.kz/art.asp?aid=48596>
16. Наматов Н. Религиозный экстремизм в Центральной Азии. – 2004.
17. Нуруллаев А.А., Нуруллаев Ал.А. Религиозно-политический экстремизм // *Вестник Российского университета дружбы народов*. – Сер.: Политология. – 2003. – № 4. – С. 83-92.
18. ООН, Отчет по распространению зависимости от наркотиков в Центральной Азии, 2002.
19. ООН. Генеральная ассамблея. Помощь в осуществлении универсальных конвенций и протоколов, касающихся терроризма // ООН, 2008.
20. ООН. Генеральная ассамблея. Резолюция 60/288 «Глобальная контртеррористическая стратегия Организации Объединенных Наций» // ООН, 2006.
21. ООН. Экономический и Социальный Совет. Оказание помощи в осуществлении международных конвенций и протоколов, касающихся терроризма. Доклад генерального секретаря // ООН, 2009.
22. Первый толковый большой энциклопедический словарь БЭС // СПб. – Москва, 2006.
23. Решетников М.М. Терроризм: «активные» и «пассивные» союзники // *Восточно-Европейский институт психоанализа*. – СПб., 2004. – С. 13-19.
24. Ростокинский А.В. О классификации экстремистов. – 2007.
25. Степанов Е.И. Современный терроризм: состояние и перспективы. – М.: УРСС, 2000. – 240 с.
26. Тулупов В. Истоки современного экстремизма и агрессии в молодежной среде. – № 5 (127), 01.03.2006.
27. УНПООН/Вена. Обзор дел о терроризме // Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 2010. – С. 145.

28. УНПООН/Вена. *Руководство по включению и применению универсальных документов о борьбе с терроризмом* // Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 2007. – С. 235.

29. Ханьжов К.В. *Правовые основы противодействия экстремизму как фактору дестабилизации общественного порядка в Российской Федерации* // Эл. научный журнал «Исследовано в России». – <http://zhurnal.ape.relarn.ru/articles/2006/227.pdf>

30. Хохлов И.И. *Глобальный джихад Салафи (Transnational Salafi Jihad): международная террористическая сеть Аль-Кауда*. – *National Security Portal*, <http://www.nationalsecurity.ru/library/00016/index.htm>

31. Чуганов Е. *Бороться с экстремизмом, но не со свободой слова*. – 2006.

32. Яковенко И.Г. *Терроризм*. – [www.krugosvet.ru/articles/104/1010495/1010495a2.htm](http://www.krugosvet.ru/articles/104/1010495/1010495a2.htm)

33. Jerrold M. *Post, Addressing the Causes of Terrorism, Volume I The Club de Madrid Series on Democracy and Terrorism, International Summit on Democracy? Terrorism and security, 8-11 March, 2005, Madrid*. – <http://english.safe-democracy.org/>

34. Mann S.R. *Chaos Theory in Strategic Thought* // *Parameters*. Autumn, 1992. - P. 62.

35. Moghadam A. *The Roots of Suicide Terrorism / A MULTI-CAUSAL APPROACH. Harrington Workshop on the Root Causes of Suicide Terrorism. University of Texas at Austin, May 12-13, 2005*.

36. Sluka Jeffrey A. (Ed.) (2000). *Death Squad: The Anthropology of State Terror*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. ISBN 0-8122-1711-X.

37. Stabelski A. *Terrorists are made, not born: Creating Terrorists Using Social Psychological Conditioning*. // *Journal of Homeland Security*, March 2004.

#### **4. Вовлечение в тоталитарные секты**

С конца XX века отмечается всплеск такого социального явления, как вовлечение населения в деятельность деструктивных культов и сект (Щиголев И.И., 1995).

Наиболее распространенное определение секты следующее: секта – религиозная организация, противопоставляющая себя общепризнанным в данном регионе церковным организациям или религиозным традициям (Первый толковый большой энциклопедический словарь, 2006).

Тоталитарные секты стремятся к установлению полного контроля над всеми сферами жизнедеятельности своих адептов.

#### ***4.1 Определение и основные характеристики***

Среди характерных признаков сект, согласно многочисленным справочным изданиям, выделяют следующие:

1) религиозная реклама – сектантская пропаганда обращена зачастую не к высшим побуждениям, а к подсознательным запросам и установкам человека. При этом используются все виды рекламы в средствах массовой информации, уличная реклама, почтовая реклама, незатейливые приглашения посетить собрания или семинары с неопределенными названиями и т.д.;

2) агрессивный прозелитизм и психологическое давление – установка на постоянную вербовку новых сторонников (адептов); новичок всегда окружается особым вниманием, имеет место так называемая «бомбардировка любовью» и др.;

3) двойное учение – секта, как правило, имеет двойную историю своего учения: одно для рекламы и привлекательного имиджа, другое – для внутреннего пользования;

4) иерархия – организация секты почти всегда строго иерархична, что позволяет держать под строгим контролем и направлять действия членов секты на всех ее ступенях и не допускать критического отношения ни к учению секты, ни к ее лидерам;

5) непогрешимость секты и ее основателя – все существовавшие в истории человечества и существующие духовные практики, отличающиеся от «истинного слова учителя», объявляются ошибкой и недоразумением;

6) программирование сознания – люди, ищущие, но не нашедшие оснований, ясных критериев и правил жизни, легко внушаемы, готовы принять условия установки своих учителей и отказаться от собственной свободы: в результате человек оказывается в полной зависимости от сектантского учения;

7) духовная избранность – членам секты внушают, что они – единственные спасенные люди, а окружающие – люди «второго сорта», обреченные на погибель, так как не разделяют учения секты;

8) контроль жизнедеятельности – истинная цель сектантской организации – контроль над многими, а в идеале – над всеми сферами человеческой жизни; в конечном счете сектанты приносят в жертву секте свое время, здоровье, имущество, иногда – жизнь;

9) политические цели – многие секты, такие, например, как Церковь Объединения Мира, «Свидетели Иеговы», саентология Рона Хаббарда являются крупными финансовыми империями, стремящимися получить власть над миром;



10) лидеры сект обычно дистанцируются от активного социума, избегают открытых дискуссий. Они не склонны к каким-либо компромиссам («со мной или против меня» – обычный лозунг лидера секты).

#### ***4.2 Данные о распространенности***

Точных данных о количестве лиц, вовлекаемых в деятельность деструктивных культов и сект, на текущий момент нет. Однако многие исследователи считают, что речь идет о нескольких десятках миллионов (от 10 до 40) жителей планеты, т.е. около 0,1-0,4% населения. По мнению И.И. Щиголева (2004), в настоящее время в постсоветских республиках имеет место «магическая пораженность общества», достигшая небывалых масштабов. В Кратком антисектантском справочнике перечислены более 100 организаций с признаками деструктивных тоталитарных сект, действующих на территории постсоветских республик. Многие из них мимикрируют под общественные организации, оказывающие помощь социально уязвимым группам населения, в частности – наркозависимым (Иоффе Г., 2009; Каклюгин Н.В., 2009).

#### ***4.3 Данные о вредных последствиях***

Термин «деструктивные», используемый в отношении определенных культов и сект, связан с опасными последствиями их деятельности для здоровья и благополучия вовлекаемых лиц. Вредоносное влияние деструктивных сект на психическое и психологическое здоровье вовлекаемых лиц связывают с использованием механизмов манипуляции сознанием. При этом основной целью является достижение тотального контроля над мышлением, эмоциями, поведением новообращенных лиц (Пронин И.П., 2003). В используемых технологиях установления контроля над сознанием различают 3 стадии: 1) процесс разрушения личности; 2) процесс идеологической обработки; 3) процесс укрепления новой личности (Хассен С., 2001).

Основными техниками, используемыми на стадии разрушения личности, являются: дезориентация – замешательство, сенсорная депривация или перегрузка, физиологические манипуляции (лишение сна, изменение диеты), применение трансовых техник (возрастная регрессия, визуализация, притчи и метафоры, путаница понятий, прямая суггестия, медитация, скандирование, пение, молитвы, сомнение в собственной идентичности, негативная переоценка своего прошлого).

На стадии процесса идеологической обработки используются техники: навязывания новой идентичности, техники изменения поведения (поощрение и наказание, блокировка мышления, контроль среды), мистиче-

ская манипуляция, трансовые техники, использование откровений новообращенных в групповых и индивидуальных занятиях без их согласия.

На стадии укрепления новой личности используются такие приемы, как: отделение от прошлого – сокращение или полное прекращение контактов с друзьями и семьей, отказ от жизненно важной собственности в пользу секты, переход к деятельности полноправного члена секты, изменение внешнего вида и норм поведения в соответствии с правилами секты, углубленные занятия по индоктринации (Хассен С., 2001; Езерский В., 1998; Ицкович М.М., 1999; Елизаров А.Н., Михайлова А.А., 2003).

Можно считать установленным фактом, что многократное или даже однократное использование вышеприведенных технических приемов по установлению контроля сознания без соответствующего экологического оформления и выведения из состояния измененного сознания (т.е. депрограммирования с возвратом контроля над поведением) приводит к достаточно серьезным психическим и психосоматическим нарушениям, а также к социальным проблемам.

Среди психических нарушений чаще всего отмечаются следующие: приступы паники и тревоги; депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство; чувство вины и страха; потеря свободы воли и контроля над жизнью; духовное насилие; регресс в инфантильность; потеря спонтанности, непосредственности, непринужденности и чувства юмора; потеря коммуникативных навыков вне группы; потеря доверия, боязнь близости и обязательств, что приводит к проблемам в отношениях с окружающими и трудоустройством; потеря автономии, ослабление способности самостоятельно принимать решения и выносить критические суждения; замедленное психологическое развитие, потеря психической силы; диссоциирующие, «плавающие» состояния, возвращающие по механизму триггера к воспоминаниям о жизни в секте; радикальное изменение личностной идентичности; психические расстройства, галлюцинации, нервные срывы, психопатические эпизоды, индуцированный бред, мания величия, суицидальное мышление, суицидальные попытки, расстройства сна, кошмары.

К наиболее часто отмечающимся психосоматическим и соматическим расстройствам относятся следующие: пищеварительные расстройства; сексуальные проблемы; головные боли, боли в спине; астматические приступы; кожные раздражения; ухудшение физического состояния, возрастные восприимчивости к болезням и общее утомление; неполноценное питание, преждевременная смерть из-за отсутствия или неадекватного медицинского ухода.

Среди социальных проблем наиболее часто отмечаются преследования и угрозы со стороны последователей культа, потеря близких, разрыв социальных связей, материальный ущерб (Тобиас М.Л., Лалич Д., 2000; Дворкин А.Л., 1996; Кондратьев Ф.В., Волков Е.Н., 2001; Пронин И.П., 2003; Агишев В.Г., Бондарев Н.В., 2004; Погодин Д.А., Зражевская И.А., 2007; Портнова А.А., Серебровская О.В., Тарасов С.В., Цекин В.П., 2009).

#### ***4.4 Оценка социального ущерба***

Общественная опасность деструктивных культов и тоталитарных сект обуславливается, в первую очередь, нарушением прав и свобод граждан, вовлекаемых в деятельность данных организаций, а также негативными последствиями для психического и психологического здоровья вследствие реализуемой манипулятивной практики (Сериков А.Л., 2000; Сидоров П.И., 2004).

В антисектантском справочнике и на соответствующих сайтах приводится впечатляющий список многочисленных преступлений сектантов, включая массовые самоубийства и убийства ни в чем не повинных граждан (например, газовая атака в токийском метро, организованная представителями секты «Аум сенрикё»).

Вызывают обоснованные опасения агрессивные способы и методы завоевания «паствы», которые в некоторых публикациях обозначаются как «психический терроризм» (Сидоров И.П., 2004).

Однако наиболее тяжелые социальные последствия деятельности деструктивных сект связаны с тем неявным и нигде не рекламируемым обстоятельством, что данные организации действуют по принципу финансово-психологических пирамид. Под обещания райской жизни на земле и вечного блаженства на небе собираются значительные пожертвования, которые могут включать все средства и имущество вовлекаемых adeptов. Т.е. имеет место циничная практика отъема средств граждан с использованием соответствующих психотехнологий. Далее такого рода adeptы эксплуатируются в качестве «агентов-застывальщиков». Это есть непереносимое условие положительного, одобряемого лидером секты поведения. Те из них, кто рано или поздно прозревают и отказываются от грубых манипуляций, безжалостно изгоняются и оказываются у «разбитого корыта» – без средств, имущества, нажитых социальных связей. Такие лица оказываются легкой добычей других сетевых структур, занятых распространением наркотиков, либо пополняют армию больных и бездомных, живущих на пособие, подаяние.

#### **4.5 Механизмы вовлечения**

Среди основных причин, способствующих вовлечению в деструктивные культы и секты, наиболее часто (по результатам более чем 200 публикаций) называют следующие:

- агрессивный сектантский прессинг от близких и значимых лиц;
- наличие острой или хронической психической травмы;
- потребность в сочувствии и помощи;
- кризис традиционной системы ценностей;
- кризис в системе интерперсональных отношений (чаще всего – семейных);
- поисковое поведение в связи с экзистенциальным кризисом;
- поисковое поведение в связи с кризисом идентичности;
- психопатология;
- особенности личности.

Последнее обстоятельство многие исследователи считают особенно важным. Так, по мнению П.И. Сидорова (2005), главным условием развития зависимого культового поведения является зависимая личность вне личностного расстройства, характеризующаяся инфантильностью, внушаемостью и подражательностью, прогностической некомпетентностью и сниженной интуицией, ригидностью и упрямством, наивностью и простодушием, чувственной непосредственностью, любопытством и высокой поисковой активностью, максимализмом и эгоцентризмом, яркостью воображения и фантазией, впечатлительностью и нетерпеливостью, склонностью к риску, «вызову опасности», страхом быть покинутым. Зависимые личностные расстройства, по МКБ-10, характеризуются неспособностью самостоятельно принимать решения, готовностью позволять другим принимать значимые решения, затруднениями начать какое-либо дело самостоятельно, готовностью добровольно выполнять неприятные работы с целью приобрести поддержку, плохой переносимости одиночества, ощущением беспомощности, когда рушится близкая связь, охваченностью страхом быть отвергнутым, легкой ранимостью и податливостью любой критике.

В связи со всем вышесказанным, стержневой механизм вовлечения в деструктивные культы и секты видится в том, что таким образом удовлетворяются явные и скрытые запросы определенной части населения в принадлежности, признании, любви и заботе. И в том, что эти «услуги» доставляются до реальных или потенциальных потребителей за счет системы агрессивного сетевого маркетинга, функционирующей практически при каждой деструктивной секте.

#### **4.6 Способы социального противодействия**

Следует отметить, что какой-либо осмысленной и аргументированной стратегии комплексного противодействия социальной эпидемии вовлечения населения в деструктивные культы и секты до настоящего времени не разработано. Возможно, еще и потому, что основные усилия политических и силовых элит сосредоточены на борьбе с религиозным, национальным и политическим экстремизмом, который считается гораздо более серьезной угрозой для действующего социального порядка.

Далее следует отметить очевидный акцент на нормативно-правовой (т.е. силовой) способ решения проблемы деструктивных сект и культов, имеющий место не только в бывших союзных республиках, но и в других, в том числе развитых странах мира. Так, например, в Республике Казахстан деятельность религиозных организаций и объединений регулируется специальным Законом РК «О свободе вероисповедания и религиозных объединениях» от 15 января 1992 г. Согласно статье 1 данного Закона «... осуществление свободы исповедовать религию или распространять убеждения может быть ограничено законодательством ... в целях охраны общественного порядка... безопасности жизни, здоровья, нравственности или прав и свобод других граждан».

Деятельность религиозных объединений, не зарегистрированных в установленном законодательством порядке (т.е. без прохождения соответствующей религиозоведческой экспертизы), не допускается.

В уголовно-процессуальном Кодексе РК предусмотрена ответственность за «создание или участие в деятельности незаконных религиозных, общественных и других объединений (т.е. не прошедших соответствующей процедуры легитимизации), организацию деятельности общественного или религиозного объединения либо иной организации после решения суда о запрете их деятельности по основаниям, предусмотренным действующим законодательством» (ст. 337; ст. 337-1 УПК Республики Казахстан).

Деятельность религиозного объединения может быть приостановлена в случае нарушения законодательства РК на срок от 3-х до 6 месяцев, что также предполагает проведение первичной и повторной юридической и религиозоведческой экспертизы (ст. 10-1 Закона РК «О свободе вероисповедания и религиозных объединениях» от 15 января 1992 г.).

Основная сложность пресечения деятельности деструктивных сект, как правило, связана с доказательством наличия юридических оснований, необходимых для запрета или приостановления деятельности конкретной организации. В данной связи особую важность приобретают проработанные принципы и технологии судебно-экспертной оценки тяжести вреда

здоровью в виде психического расстройства (Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю., 2008), а также констатация и должная правовая оценка деяний организаторов деструктивных культов и сект, нарушающих или прямо попирающих права человека на жизнь, свободу и личную неприкосновенность (Морозова О., 2004).

При этом следует отметить тот факт, что стратегия лидеров деструктивных культов предусматривает первоочередное вовлечение представителей влиятельной политической элиты, которые в последующем обеспечивают протекцию и эффективную защиту от попыток пресечения незаконной деятельности секты. Во-вторых, такая стратегия предусматривает открытое давление и устрашение лиц, подающих судебные иски о нанесении ущерба и обращающихся в правоохранительные органы по этому поводу. В-третьих, лидеры сект устанавливают прочные связи с адвокатами и организациями, которые только называют себя правозащитными, а на деле специализируются на поиске слабых мест в доказательной базе соответствующих экспертных заключений.

Необходимо упомянуть и о том, что сами по себе вопросы юридической, религиоведческой и соответствующей судебной психолого-психиатрической экспертиз в данном случае чрезвычайно сложны и неоднозначны.

Вследствие всего вышесказанного правоприменительная практика, как средство пресечения противозаконной деятельности деструктивных культов и сект – явление, скорее, единичное, чем общее.

Что же касается противодействия вовлечению населения (особенно детей, подростков, молодежи) в деструктивные культы и секты в социально-гуманитарном секторе, то дальше информирования молодежи об опасностях, связанных с данной проблемой, и обучения простым приемам противодействия вербовочным акциям дело обычно не идет (Елизаров А.Н., Михайлова А.А., 2003). Т.е. организованная первичная профилактика распространения обсуждаемой социальной эпидемии среди уязвимых групп населения практически отсутствует.

Институт практических психологов в последние годы всё чаще привлекается для работы с лицами, вовлеченными в деятельность деструктивных культов и сект. Инициатива при этом исходит от родных и близких новообращенных адептов, а не от самого зависимого лица, что делает непосредственную работу с ним крайне затруднительной или даже невозможной. Доступными для психологической или профессиональной психотерапевтической помощи экс-адепты деструктивных культов становятся на стадии отлучения от соответствующей организации, что обычно со-

проводится формированием клиники острого, в последующем – хронического посттравматического стрессового расстройства.

Вместе с тем профессиональное психологическое консультирование семьи (семейное консультирование), особенно на ранних этапах вовлечения члена семьи в деструктивную секту, в последние годы всё чаще практикуется как опосредованная психологическая помощь зависимым лицам (Пронин И.П., 2004).

Лечение и реабилитация лиц с легкими, средними и тяжелыми расстройствами психики, поведения, соматическими нарушениями, развившимися вследствие использования грубых манипулятивных психотехнологий, в бывших союзных республиках проводится на общих основаниях в соответствии с действующим законодательством.

Специализированные центры психологической помощи и реабилитации пострадавших от деструктивных культов и сект действуют лишь при некоторых НПО и отделениях Русской православной церкви.

Эти же центры осуществляют информационную и консультативную деятельность по вопросам сектантства, выпускают справочную литературу по сектам, организуют тематические сайты, а также ведут иную просветительскую деятельность.

#### **4.7 Общая оценка эффективности социального противодействия в РК**

Общая оценка эффективности противодействующих процессу вовлечения населения в деструктивные культы и секты усилий в данном случае учитывает следующие параметры:

*наличие:*

- законодательства, регулирующего деятельность религиозных объединений, идентифицирующего признаки деструктивности в деятельности данных организаций, предусматривающего вынесение запрета на деятельность таких организаций и уголовное преследование за причинение вреда здоровью или нанесение иного ущерба лицам, вовлеченным в деятельность данных организаций;
- проработанных и утвержденных специальным постановлением Правительства Республики Казахстан (№ 70 от 30 января 2007 г.) Правил проведения религиозно-экспертной экспертизы;
- специального Агентства по делам религий, действующего в составе Правительства РК и курирующего комплекс вопросов, связанных с реализацией Закона РК (от 15 января 1992 г.) «О свободе вероисповедания и религиозных объединениях»;

- правоприменительной практики в отношении отдельных религиозных объединений, идентифицированных в соответствии с процедурами, установленными законами РК как деструктивные секты;
- свободного доступа населения к информации о деструктивных культурах и сектах (книжные издания, тематические сайты, информационные кампании в СМИ);
- возможностей получения консультативной, психолого-психотерапевтической, психиатрической и медицинской помощи в частных и государственных учреждениях республики на основаниях, предусмотренных законодательством РК;

*отсутствие:*

- национальной стратегии противодействия вовлечению населения в деструктивные культы и секты, предусматривающей эффективный мультисекторальный ответ;
- эффективного первично-профилактического звена, предусматривающего полноценный охват наиболее уязвимых групп населения (в первую очередь – детей, подростков, молодежи);
- специализированной системы помощи семьям и лицам, пострадавшим от деятельности деструктивных сект в государственном секторе здравоохранения, психотерапевтических, консультативно-психологических центрах, центрах социальной помощи;
- комплексной системы мониторинга состояния проблемы с возможностью оценки ее масштабов, масштабов социального и экономического ущерба, несомого обществом в связи с деятельностью деструктивных сект, эффективности социального противодействия в целом и по отдельным направлениям в частности;

*дефицит:*

- научно обоснованных концепций противодействия формированию психологической зависимости;
- эффективных научно обоснованных технологий: 1) диагностики повышения риска вовлечения в деструктивные культы и секты среди различных возрастных групп населения; 2) экспресс-психотерапевтической и консультативно-психологической помощи лицам, находящимся на стадиях размышления и принятия решения о вступлении в секту (по Д. Прохазка, К. ДиКлементе); 3) технологий семейной психотерапии и консультирования, в том числе как формы опосредованной психологической помощи лицам, вовлеченным в деятельность деструктивных сект; 4) технологий определения эффективности используемых методов профилактики, реабилитации психологически зависимых лиц;



- разработанных (на основании соответствующих исследований и экспериментов) организационных технологий по формированию системы специализированной помощи лицам с высокими рисками и признаками вовлечения в деятельность деструктивных сект, членам их семей.

Соответственно, речь идет лишь о первом уровне контроля (из 4-х возможных) над указанной социальной эпидемией, когда точные данные о распространенности неизвестны, а противодействующие усилия по масштабам, организованности и эффективности не соответствуют реальному положению дел.

### **Список основных ссылок**

1. Агишев В.Г., Бондарев Н.В. Социальные и психологические предпосылки вовлечения в нетрадиционные религиозные образования (секты) и причины обращения их последователей за психиатрической помощью // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2004. – № 1. – С. 11-14.

2. Дворкин А.Л. Воинствующая посредственность (Сайентология в России) // *Капкан безграничной свободы. Сборник статей о сайентологии, дианетике и Л.Р. Хаббарде / Под ред. А.Л. Дворкина*. – М.: Издательство Братства Святителя Тихона, 1996.

3. Езерский В. Справочная информация о секте «Новая жизнь» // *Православная газета*. – Екатеринбург, 1998. – № 16 (90).

4. Елизаров А.Н., Михайлова А.А. Профилактика вовлечения молодежи в деструктивные религиозные организации // *Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы*. – 2003. – № 2. – С. 40-46.

5. Закон Республики Казахстан от 15 января 1992 г. «О свободе вероисповедания и религиозных объединениях».

6. Иоффе Г. Неохаризматическая бизнес-модель наркореконструкции на примере организации «Новая жизнь» // *Наркология*. – М., 2009. – № 3 (87). – С. 89-91.

7. Ицкович М.М. Психологический анализ собрания секты «Новая жизнь» // *Православная газета*. – Екатеринбург, 1999. – № 10.

8. Каклюгин Н.В. Специфические особенности методики освобождения от химической зависимости в современных культовых новообразованиях христианского толка на территории Российской Федерации: ресоциализация или индоктринация? Сообщение 1 // *Наркология*. – М., 2009. – № 3 (87). – С. 92-104.

9. Каклюгин Н.В. Специфические особенности методики освобождения от химической зависимости в современных культовых новообра-

зованиях христианского толка на территории Российской Федерации: ресоциализация или индоктринация? Сообщение 2 // Наркология. – М., 2009. – № 4 (88). – С. 79-91.

10. Кондратьев Ф.В., Волков Е.Н. Психиатрические аспекты деятельности тоталитарных сект. – 2001.

11. Морозова О. Сектантство и закон. – 2004. - <http://www.gazeta.kz/art.asp?aid=48596>

12. Первый толковый большой энциклопедический словарь БЭС // СПб. – Москва, 2006.

13. Погодин Д.А., Зражевская И.А. Проблема дифференциальной диагностики бредовых расстройств у лиц, вовлеченных в религиозные и оккультные организации // Психотерапия. – 2007. – № 3. – С. 29.

14. Портнова А.А., Серебровская О.В., Тарасов С.В., Цекин В.П. Психопатологические особенности личности, вовлеченной в деструктивный культ (клиническое наблюдение) // Российский психиатрический журнал. – Москва, 2009. – № 1. – С. 38-43.

15. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 января 2007 г. № 70 «Об утверждении Правил проведения религиозно-экспертной экспертизы».

16. Пронин И.П. Психологические аспекты влияния деструктивных культов на личность // Вопросы психологии. – 2003. – № 6. – С. 81-93.

17. Пронин И.П. Работа психолога с членами новых религиозных движений // Вопросы наркологии. – 2004. – № 4. – С. 59-64.

18. Сериков А.Л. О проблеме тоталитарных сект // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2000. – № 1. – С. 59-60.

19. Сидоров П.И. Психический терроризм – нелетальное оружие массового поражения // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 28-34.

20. Сидоров П.И. Тотальные культы и зависимое поведение // Наркология. – М., 2004. – № 3. – С. 32-35.

21. Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю. Методологические принципы судебно-экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства // Российский психиатрический журнал и Вестник НПА. – 2008. – № 4. – С. 15-19.

22. Тобиас М.Л., Лалич Д. Терапевтические проблемы жертв культов // Ж. практ. психолога. – 2000. – № 1-2. – С. 104-125.

23. Хассен С. Освобождение от психологического насилия: Деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: Олма-Пресс, 2001.

24. Щиголов И.И. Проявления психических эпидемий в России на последние два столетия // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* – 1995. – № 2. – С. 114-120.

25. Щиголов И.И. Психические эпидемии в России и третье тысячелетие // *Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* – 1994. – № 4. – С. 146-150.

26. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change // *American psychologist*“s, 1992. – Vol. 47. – p.p. 1102-1114.

## **5. Патологическое пристрастие к азартным играм**

### **5.1 Определение и основные характеристики**

Патологическое влечение (пристрастие) к азартным играм – сложное, хронически протекающее психическое расстройство, характеризующееся повторяющимися эпизодами влечения к азартным играм.

Главным признаком патологического пристрастия к азартным играм признают хроническую прогрессирующую неспособность сопротивляться импульсу игры, поведению игрока, что ставит под угрозу, нарушает и разрушает личное, семейное и профессиональное положение (DSM-IV-R).

Сами по себе азартные игры, в тех или иных формах, – распространённые, социально приемлемые и легальные занятия в большинстве культур и стран мира. Внутренней психологической сущностью азартной игры является постепенно нарастающее психическое напряжение (и следующая за ней разрядка) от осознания риска потери имеющейся ценности в сочетании с надеждой выиграть нечто более ценное при неопределённом исходе развития событий.

Для большинства людей участие в тех или иных видах азартных игр – развлечение без вредных последствий. И в этом смысле игра – это противоположность работе или выполнению других социально необходимых и важных действий.

Однако у другой категории лиц степень вовлечённости в игру неумолимо прогрессирует и постепенно разрушает социально приемлемое функционирование. В этом случае можно говорить о формировании патологического пристрастия к азартным играм (общеупотребляемые синонимы данного термина – игромания, игровая зависимость, патологический гэмблинг).

Патологическое влечение к азартным играм – уже более 20 лет официально признанная патология, внесенная как в МКБ-10 (шифр F63.0), так и в классификацию Американской ассоциации психиатров DSM-IV-R. Со-

гласно последней, диагноз зависимости от азартных игр можно установить при наличии хотя бы 5 из ниже обозначенных симптомов:

1. Отведение слишком большого времени азартным играм.
2. Потребность увеличивать денежные ставки или чаще играть, стремясь достичь желаемого удовлетворения.
3. Бывшие в прошлом неудачные попытки контролировать, уменьшить или полностью прекратить стремление играть в азартные игры.
4. Тревога и раздражение, проявляющиеся при попытках уменьшить или полностью прекратить играть в азартные игры.
5. Азартные игры используются как возможность убежать от проблем или улучшить дисфорическое настроение.
6. Возвращение после проигрыша на следующий день, чтобы отыграть (вернуть) проигранные деньги («охота за проигранными деньгами»).
7. Обман членов семьи или окружающих с целью утаить истинную степень погружения в азартные игры.
8. Нарушение закона в стремлении получить деньги на азартные игры.
9. Риск потерять (или уже потеряны) друзей, работу, образовательные возможности или возможности карьеры из-за сильного влечения к азартным играм.
10. Взваливание или перекладывание на других ответственности за финансовые проблемы, спровоцированные азартными играми (DSM-IV-TR, 2000).

Из азартных игр, вызывающих зависимость, на территории бывших советских республик наиболее распространены игровые автоматы, азартные игры в Интернете, карточные игры, рулетка, лотерея (Автономов Д.А., 2010). Здесь следует пояснить, что азартные игры в Интернете в данном списке не ассоциируются с собственно интернет-зависимостью, которая по многим очень важным характеристикам претендует на отдельный вид психологической зависимости. Речь в большей степени идет об облегченном доступе к азартным играм за счёт возможностей Интернета.

Формирование игровой зависимости предусматривает следующие стадии (по Custer R.L., 1982):

– *подготовительная стадия*, на которой формируются черты восприимчивости к «вирусу» влечения к азартным играм (низкая самооценка, нетерпимость к отказам и неодобрению; импульсивность, высокий уровень тревожности или глубокая депрессия; нетерпимость к разочарованиям и потребность в немедленном удовлетворении; ощущение всемогущества и склонность к магическому мышлению; активность, жажда деятельности, возбуждение, стимуляция, склонность к рискам). Лица с опи-

санными качествами растут в обстановке родительского невнимания, отвержения или без родителей, а также в условиях, где превозносятся деньги и материальные ценности;

– *стадия выигрыша* (постепенное вовлечение в процесс игры с ощущением веры в успех, который подтверждается частыми выигрышами, в том числе и очень крупными; необыкновенная уверенность в собственной значимости и всемогуществе; поглощение игрой);

– *стадия проигрышей* (полное погружение в игру; вовлечение в циклический процесс играть – проиграть – занять – скрыться с увеличением скорости прохождения циклов; постоянная ложь; забвение социальных обязанностей; изменения личности с нарастанием раздражительности, утомляемости, необщительности; отчаянные попытки прекратить играть);

– *стадия разочарования-отчаяния* (разводы, аресты, чувство безысходности, эмоциональные срывы, суицидальные мысли и попытки, прекращение контактов с близкими людьми, уход в себя, злоупотребление алкоголем, личное время полностью структурировано игрой с неадекватным увеличением ставок и отчаянной надеждой «наконец-то отыграться»);

– *стадия безнадежности* (добавочная стадия, включенная R.J. Rosenthal, при которой игроки теряют всякую надежду на выигрыш, однако продолжают играть ради самой игры, бесцельно, до изнеможения).

Другой клинически ориентированный вариант этапности процесса вовлечения в зависимость от азартных игр разработан сотрудниками ГНЦСП им. В.П. Сербского (Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., 2008) и предусматривает наличие следующих стадий: 1) доклиническая *стадия*, когда нет чётких психопатологических симптомов; имеющиеся нарушения психической деятельности носят стёртый характер, возможно самостоятельное разрешение ситуации с последующим выздоровлением; 2) первая стадия клинических изменений, с формированием психической зависимости от игры, навязчивых мыслей, импульсивного поискового поведения, эквивалентов физической зависимости; 3) вторая стадия клинической зависимости с чётко выраженными обсессивно-компульсивными расстройствами, изменением толерантности, утратой контроля, снижением критики, выраженными аффективными реакциями, связанными с игровым поведением; 4) стадия структурных изменений личности, когда на общем фоне эмоционального уплощения грубые и яркие аффективные реакции наблюдаются только по отношению к игровой деятельности, навязчивости приобретают характер психических автоматизмов; толерантность снижается; волевой компонент в значительной степени утрачивается; мышление

теряет индивидуальность и приобретает характер магического; круг личностных и социальных интересов существенно снижается.

Общее время прохождения данного цикла обычно составляет от 1,5 до 3-х лет, но может затягиваться и до 10 лет.

Описаны также и стадии выздоровления от игровой зависимости (Custer R.L., 1984), которые включают:

– *стадию кризиса* (выражены абстинентные проявления, отмечается их постепенная редукция, нормализация сна и физиологических функций);

– *стадию восстановления* (возобновляются отношения со значимыми людьми, восстанавливаются социальные функции, решаются накопленные проблемы, появляются адекватные эмоциональные реакции);

– *стадию роста* (отмечается устойчивое снижение интереса к игре, появляется реалистическая оценка ситуации, поведение направлено к достижению обновленных социальных целей).

Достаточно полно исследован так называемый игровой цикл, описывающий психологические и клинко-психопатологические механизмы «игрового срыва», или рецидива зависимого поведения. При этом на фоне относительного благополучия (достигнутого иногда дорогой ценой) отмечаются: учащение мыслей об игре и усиление игровых фантазий; увеличение уверенности в возможности обрести контроль за временем игры («сыграть одну - две партии и остановиться»); появление уверенности в приближении «светлой полосы», «разворота фортуны» и т.д.; возникновение эмоционального напряжения, которое может сочетаться с тревогой или субдепрессией; появление непреодолимого желания играть; развитие состояния измененного сознания, близкого к трансу, когда желание играть реализуется автоматически, без сопротивления; состояние дистресса, следующего сразу за игрой, с идеями вины, самобичеванием, раскаянием, иногда тяжёлыми тревожно-депрессивными реакциями; развитие субдепрессивных расстройств с преобладанием вялости, апатии (Даренский И.Ю., Акопян В.С., 2006; Малыгин В.Л., Цыганков В.Д., 2006).

Следует отметить, что клинко-психопатологический акцент в изучении проблемы зависимости от азартных игр даёт возможность идентификации дифференцированных мишеней для эффективного медико-биологического и комплексного реабилитационного воздействия (Шемчук Н.В., Агаларзаде Г.Г., Юсупова П.А., 2008). Так, например, Т.Н. Дудко, М.А. Мягковой, Л.Ф. Панченко и др. (2006) были исследованы и описаны стержневые синдромы игровой зависимости и их основные компоненты. В качестве базисных синдромов были идентифицированы:

– *синдром зависимости* (главные компоненты: патологическое влечение; абстинентный синдром; синдром игрового транса; синдром выигрыша; синдром проигрыша);

– *синдром патологического влечения к игре* (основные симптомокомплексы: вегетативные нарушения; психические нарушения с идеаторным, поведенческим, эмоциональным компонентами; соматические нарушения);

– *абстинентный синдром* (основные симптомокомплексы: вегетативные расстройства; психические нарушения с эмоциональным, поведенческим, идеаторным, диссомническим компонентами; соматические расстройства);

– *синдром игровой деградации* (с аффективным, поведенческим, интеллектуально-мнестическим, социальным, морально-этическим компонентами).

Следует отметить, что в данной классификации три первых базисных синдрома во многом пересекаются. То есть имеет место обычная для описания психопатологии зависимых состояний ситуация, когда «большие» синдромы, такие как синдром зависимости, включают симптомокомплексы с меньшим спектром психопатологических проявлений, а те в свою очередь – ещё менее дифференцированные синдромы.

Психологический акцент в изучении механизмов формирования игромании способствует разработке адекватных психотерапевтических и консультативно-психологических подходов в комплексной терапии и реабилитации зависимых лиц (Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф., 2003; Даренский И.Д., Акопян В.С., 2005; Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А., 2008).

## **5.2 Данные о распространенности**

Число патологических игроков во взрослой популяции варьирует от 0,4 до 3,4%, а в некоторых регионах может достигать и 7%. По данным исследований, проведённых с 1999 по 2002 год в Канаде, Новой Зеландии, Швеции, Великобритании, Швейцарии и Австралии, распространенность игромании составляла от 1 до 1,5%, в Гонконге – 1,9%.

Число патологических игроков среди подростков и юношей часто превышает среднее число патологических игроков среди взрослых, не меньше чем в 2 раза, и достигает показателя в 2,8- 8%.

Проведенное в 2001 г. исследование в городской популяции населения России показало, что игроманией в Российской Федерации (РФ) страдает от 1,27 до 3,12% населения. В то же время группа повышенного риска по данному профилю составила 10,53% населения.

Наличие достаточно большой частоты отдельных симптомов патологического влечения к азартным играм в изучаемой группе позволило авторам сделать вывод: «В ближайшие годы при отсутствии профилактики данной патологии число заболевших может возрастать и выйти на одно из ведущих мест наряду с алкоголизмом и наркоманией» (Чуркин А.А., Касимова Л.Н., 2001; Скокаукас Н., Саткявичуте Р., Бурба Б., 2004; Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., 2008).

### ***5.3 Данные о вредных последствиях***

Среди наиболее заметных и частых отрицательных последствий патологического пристрастия к азартным играм называют изменения в психике, распад семьи и привычного микросоциального окружения, такие социальные последствия, как маргинализация, противозаконные действия, утрата профессионального и социального статусов, существенные расходы на лечение и реабилитацию зависимых лиц, несомых обществом.

Из типичных изменений психической деятельности отмечаются: лживость, безответственность, конфликтность, нарушение производственной дисциплины, временное или стойкое безразличие к работе (частые смены работы) и семье, снижение работоспособности, криминогенность (воровство, мошенничество, подлог и пр.), разводы, одиночество.

Аффективные расстройства проявляются постоянной тревогой, субдепрессиями, депрессиями, дисфорией. Характерны суицидальные мысли и тенденции.

Сужается круг интересов, утрачиваются многолетние привязанности. Постепенно ухудшается память, мышление становится стереотипным, существенно снижаются способности к творческой деятельности.

Родственники зависимых лиц утверждают, что большинство из них становятся обидчивыми, вспыльчивыми, грубыми, тусклыми, сексуально слабыми, эгоистичными, предъявляют окружающим необоснованные требования, отказываются выполнять какие-либо семейные обязанности.

На последних стадиях развития игровой аддикции у зависимых лиц отмечается снижение требований к своему внешнему виду, личной гигиене, появление неопрятности и запущенности.

### ***5.4 Оценка социального ущерба***

Традиционно считается, что высокая степень социальной опасности патологического пристрастия к азартным играм, а также интернет-зависимости обусловлена, в первую очередь, масштабами и темпами распространения данной социальной эпидемии, глубиной и разнообразием нега-



тивных последствий, в том числе и таких, как: 1) серьёзные социальные и финансовые проблемы у игроков; 2) распространённость противоправных действий в данной сфере; 3) высокий суицидальный риск (Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д., 2006; Автономов Д.А., 2009; Солдаткин В.А., 2009).

Также следует иметь в виду весь спектр уже имеющихся и нарастающих, как снежный ком, негативных социальных последствий в глобальной экономике (а значит, и в социальной сфере в целом) в результате стремительного и сверхмасштабного разрастания игровой спекулятивной практики, с вовлечением в данную практику существенной части населения планеты.

Глобальные кризисы последних лет, сотрясающие самые основы мировой финансово-экономической системы, удивительно напоминают чередование патологических синдромов выигрыша - проигрыша с явным преобладанием последних. Полагаем, что последнее обстоятельство – это явный намёк на то, что следующая фаза (стадия отчаяния и безнадёжности), при сохранении существующего положения дел, не за горами. Вот почему необходима срочная и масштабная ревизия всей практики спекулятивных игр, глубокий анализ возможностей глобальной профилактики данной сверхопасной и еще только набирающей ход социальной эпидемии.

### **5.5 Механизмы вовлечения**

Из механизмов вовлечения в патологическое пристрастие к азартным играм и условий, способствующих данному процессу, чаще всего называют следующие:

– *факторы среды* (неограниченная доступность азартных игр, достигаемая, в том числе, с использованием компьютерной сети, постоянное стимулирование игровой деятельности по всем каналам СМИ);

– *мотивационный фактор* (данный фактор, по мнению многих исследователей, является ведущим в формировании патологической зависимости от азартных игр. Так, выделяют глубинные мотивы двух типов. Первый тип, свойственный для игроков «действия», основан на том, что ситуация игры и возможность выигрыша удовлетворяют потребность доминировать, рисковать, манипулировать другими, доказать свое превосходство перед соперниками или перед игровой системой в целом. Игроки второго типа «убегающие от реальности» за счёт игры уходят от проблем, неудач, болезненных потерь, проигрышей в реальной жизни. Кроме того, имеют значение и «поверхностные» актуальные мотивы: на инициальной стадии приобщения к участию в азартных играх ведущими являются мотивы любопытства, интереса к новому, престижному, неизвестному, а также жела-

ние выиграть; из мотивов, закрепляющих участие в азартных играх, ведущими являются: возможность выиграть деньги, азарт, возбуждение, приятное волнение; на стадии сформированной патологической зависимости ведущими мотивами являются: желание отыграться и вернуть долги, уйти от проблем и забот, снять напряжение) (Galki T., Rena N., 1987; Haller R., Hinterhuber H., 1994; Автономов Д.А., 2010);

– *семейный фактор* (имеют значение следующие особенности формирующего влияния семьи: фактор психического дизонтогенеза вследствие деформирующего стиля воспитания; ресурсная ограниченность копинг-механизмов семейной системы; неэффективность эмоциональных и социальных конструкторов поведенческих схем у членов семьи; нарушение границ между полами и поколениями; некатегоризированность ролей, искажение функций членов дисгармоничной семьи; двусмысленный семейный кодекс реагирования; ригидность, конфликтность и непоследовательность в проявлении установок разных поколений; когнитивно-поведенческая неадекватность планирования бюджета как составляющая транслируемого семейного сценария) (Горлова Е.Г., 2006);

– *личный фактор* (наличие черт «потенциального игрока» по R.L. Custer (1984): низкая самооценка, нетерпимость к отказам и неодобрению, высокий уровень тревожности, склонность к депрессиям, что, по-видимому, более характерно для игроков второго типа; импульсивность, нетерпимость к разочарованию и потребность в немедленном удовлетворении, ощущение всемогущества, склонность к магическому мышлению, активная жажда деятельности, возбуждения, стимуляции, риска – это характеризует в большей степени игроков первого типа).

Помимо всего сказанного, следует иметь в виду, что один из главных механизмов распространения эпидемии патологического пристрастия к азартным играм – экономический.

Игровой бизнес входит в пятёрку самых доходных, капиталоемких и отлаженных во всем мире (Барбариуш А.Э., 2004; Белых А.Н., 2004). На глобальных рынках азартных игр действуют крупные организованные корпорации, осуществляющие продуманную информационную, территориальную и экономическую экспансию. При этом информационная экспансия осуществляется, в том числе и за счёт реализации стратегии формирования культуры игрового, магического, фаталистического мышления у существенной части населения планеты. Основные привлекательные и часто цитируемые тезисы такой, нигде не афишируемой, стратегии всегда на слуху: «Вся наша жизнь – игра»; «Кто не рискует, тот не пьет шампанского»; «Играй и выигрывай» и пр. При этом происходит скрытая подмена

ценностей активной социальной и жизненной позиции субъекта на мета-позицию неоправданного риска, надежды на «фарт» и почти открытого пренебрежения к тем, кто не поддерживает этот мега-стиль жизни.

Сюда же следует отнести организацию многочисленных игровых шоу с разыгрыванием дорогих призов на телевидении, радио, распространение компьютерных версий азартных игр в Интернете.

Таким образом, экономический механизм распространения игровой зависимости предусматривает практику манипуляции общественным сознанием, которая только лишь усиливает аддиктивный потенциал общества.

### ***5.6 Способы социального противодействия***

Очевидные негативные последствия сверхбыстрого расширения игровой индустрии и, в первую очередь, угрожающие темпы распространения игромании в большинстве цивилизованных стран воспринимаются как серьёзная угроза психическому здоровью населения. В связи с чем правительствами этих стран разрабатываются системы профилактики и борьбы с игровой зависимостью.

В ряде случаев (например, в Швейцарии, США и некоторых других странах) такого рода противодействующая социальная активность стимулируется и поддерживается ассоциациями игорного бизнеса, заинтересованными в сохранении позитивного общественного имиджа.

К участию в превентивных проектах привлекаются солидные социальные институты, способные оказывать квалифицированную психологическую помощь, проводить специальные тренинги, поддерживать деятельность тематических сайтов.

Общая схема организованного противодействия распространению наиболее опасных последствий игровой практики обычно включает следующие системные уровни:

– *законодательные меры*: лицензирование; возрастные ограничения; рекламные ограничения; ограничения по месту – отдалённость от образовательных, воспитательных, религиозных учреждений;

– *административные меры*: ограничение по времени работы игорных заведений; ограничения по видам азартных игр, их сочетаниям;

– *ограничительные меры игорного заведения*: ограничение по допуску (фэйс-контроль) – учёт возраста, психического состояния, общей адекватности потенциальных клиентов; проверка состоятельности и кредитной истории клиентов; «чёрные списки» проблемных игроков и мошенников; ограничения по суммам и времени игры; практика остановок в игре и отвлечения на другие объекты;

– *ограничительные меры, настоятельно рекомендуемые лицам, вовлечённым в игорную практику*: периодическая самоизоляция; установление предельных сумм и времени игры; самотестирование и периодическая проверка своего состояния у квалифицированных специалистов психологического и психотерапевтического профилей;

– *специальные медицинские и психологические меры*: наблюдение за «проблемными» клиентами с мотивацией на получение профессиональной помощи; медикаментозное и психотерапевтическое лечение лиц с признаками формирования игровой зависимости; семейная и групповая психотерапия созависимых лиц; тематические лекции, семинары, тренинги для лиц, проявляющих интерес к проблеме игровой зависимости;

– *общественные меры*: создание общественных организаций и движений по противодействию игровой зависимости; создание и поддержка деятельности анонимных терапевтических групп для лиц с игровой зависимостью; разработка и реализация образовательных программ профилактической направленности; подготовка и выпуск тематических лекций, книг, видеопособий.

Оценка эффективности усилий, противодействующих распространению игромании, – явление крайне редкое в силу методологических сложностей, возникающих при разработке и организации проведения такого рода исследований. Имеются лишь отдельные указания на эффективность сочетания медикаментозных методов лечения и длительных курсов реабилитации для лиц, страдающих патологическим пристрастием к азартным играм (Белых А.Н., 2004; Барбариуш А.Э., 2004; Даренский И.Д., Аюпян В.С., 2005; Егоров А.Ю., 2007; Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А., 2008; Шемчук В.Н., Агараладзе Г.Б., Юсупова И.У., 2008).

### **5.7 Общая оценка эффективности социального противодействия в РК**

Оценка эффективности противодействия распространению патологического пристрастия к азартным играм, интернет-зависимости в Республике Казахстан (РК) и бывших союзных республиках учитывает:

*наличие:*

- государственных решений о запрете деятельности любых организаций, реализующих практику азартных игр в крупных городах и населённых пунктах, за исключением специально оговоренных зон, где такая практика возможна на легальной основе;
- законодательства, предусматривающего уголовное преследование за нелегальную организацию азартных игр;

- специальных ведомств и подразделений в органах государственной власти, отвечающих за выполнение вышеназванных решений и законодательных положений;
- свободного доступа к информации о негативных последствиях вовлечения в игровую зависимость;
- свободного доступа к государственным и частным лечебным организациям, консультативным центрам, с возможностью получения профессиональной консультативной, психотерапевтической и комплексной помощи;

*дефицит:*

- научно обоснованных и доказательно эффективных технологий первичной и специализированной помощи лицам с признаками формирования игромании и интернет-зависимости, находящимся на разных стадиях данного процесса;
- соответствующих специалистов, кабинетов и подразделений, действующих в системе государственного здравоохранения и специализирующихся по профилю игровой и интернет-зависимости;

*отсутствие:*

- технологий и действующей системы мониторинга рисков и фактов вовлечения в игровую зависимость и интернет-зависимость среди наиболее уязвимых групп населения;
- технологий и действующей системы эффективной первичной профилактики вовлечения в игроманию и интернет-зависимость;
- разработанной научно обоснованной концепции и стратегии мультисекторального противодействия распространению данной социальной эпидемии;
- разработанной системы мониторинга эффективности противодействующих усилий в целом и по каждому направлению в отдельности.

Таким образом, речь идёт лишь о первом уровне контроля над социальной эпидемией патологического пристрастия к азартным играм и интернет-зависимости, когда точные данные о её распространении неизвестны, а противодействующие усилия по их ассортименту, масштабу и эффективности явно недостаточны.

**Список основных ссылок**

1. Автономов Д.А. Исследование обстоятельств приобщения, мотивации и отношения к участию в азартных играх у пациентов на разных этапах формирования зависимости // Журнал «Вопросы наркологии». – 2010. – № 1. – С. 88-96.

2. Автономов Д.А. О психопатологическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр // *Независимый психиатрический журнал*. – 2009. – № 4. – С. 80-87.
3. Барбарисуи А.Э. Проблема игромании в России. Опыт зарубежных стран. Методы борьбы и профилактики игромании в России // *Тезисы Конференции «Игромания. Мифы и реальность»* // *Ж. «Наркология»*. – 2004. – № 4. – С. 18-19.
4. Белых А.Н. Опыт решения проблем игровой зависимости за рубежом // *Тезисы Конференции «Игромания. Мифы и реальность»* // *Ж. «Наркология»*. – 2004. – № 4. – С. 16-18.
5. Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А. Интегративная психотерапия в комплексном лечении больных, страдающих патологической страстью к азартным играм // *Ж. «Наркология»*. – 2008. – № 9. – С. 40-46.
6. Горлова Е.Г. Патологические особенности игроманов, зависимых от психоактивных веществ, и актуальные аспекты их психологической реабилитации // *Журнал «Наркология»*. – 2006. – № 9. – С. 64-88.
7. Даренский И.Д., Акоюн В.С. Болезненное пристрастие к азартным играм // *Журнал «Наркология»*. – 2006. – № 5. – С. 54-57.
8. Даренский И.Д., Акоюн В.С. Психотерапия при болезненном пристрастии к азартным играм // *Ж. «Наркология»*. – 2005. – № 5. – С. 58-61.
9. Егоров А.Ю. Игровая зависимость (гэмблинг) // В кн. *Руководство по аддиктологии* / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. – М.: Речь, 2007. – С. 490-500.
10. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. – СПб.: Изд. дом «Нева», 2003. – 125 с.
11. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Особенности формирования патологического влечения к азартным играм // *Российский психотерапевтический журнал*. – 2008. – № 3. – С. 24-28.
12. Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Клиника и динамика психических расстройств у лиц с патологической зависимостью от игры // *Журнал «Наркология»*. – 2006. – № 9. – С. 59-63.
13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). *Классификация психических и поведенческих расстройств* / ВОЗ; Россия, СПб., 1994. – 303 с.
14. Солдаткин В.А. Криминогенность, виктимность и суицидальность при патологическом влечении к азартным играм // *Журнал «Вопросы наркологии»*. – 2009. – № 3. – С. 53-59.
15. Скокаукас Н., Саткявичуте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм // *Психиатрия. Научно-практический журнал*. – 2004. – № 3. – С. 59-65.

16. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Распространенность расстройств влечений в городской популяции // Сборник научных трудов / Под ред. Ю.А. Александровского. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001. – С. 95-105.

17. Шемчук Н.В., Агараладзе Г.Б., Юсупова И.У. Основные подходы к оказанию медико-психологической помощи лицам, страдающим патологическим влечением к азартным играм (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 5. – С. 88-91.

18. Шемчук Н.В., Агараладзе Г.Б., Юсупова И.У. Основные подходы к оказанию медико-психологической помощи лицам, страдающим патологическим влечением к азартным играм (сообщение 2) // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 6. – С. 90-93.

19. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Tet Revision (DSM-IV-TR)*. – Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.

20. Custer R.L. Profile of the pathological gambler // *Y. Clinical Psychiatry*. – 1984. – Vol. 45. - P. 35-38.

21. Custer R.L., Graig R.I., Baker S.L. *Gambling and addiction*. – Springfield, 1982.

22. Galski T., Rena Nora. *Handbook of Pathological Gambling*. - Publisher: Thomas, Charles C Publisher, Limited, 1987. - 24 p.

23. Haller R., Hinterhuber H. Treatment of pathological gambling with carbamasepine // *Pharmacopsychiatry*. - 1994. – N 27. - P. 129.

## **6. Интернет-зависимость**

### **6.1 Определение и основные характеристики**

Проблема интернет-зависимости (синоним – компьютерная зависимость, интернет-аддикция, виртуальная зависимость) исключительно сложна, многоаспектна и ещё недостаточно изучена, как и проблема технологических зависимостей в целом.

Между тем, концептуальные и методологические прорывы здесь особенно необходимы, поскольку именно новые коммуникативные технологии обладают колоссальным потенциалом как развития и самореализации, так и мощным деструктивным потенциалом в отношении формирования новых типов зависимостей, а также сверхбыстрого распространения уже известных социальных эпидемий (Елшанский С.П., 2005; Райхман П.П., 2007).

Определение интернет-зависимости требует чёткого различения её непатологических и патологических форм, так как персональный компью-

тер стал в настоящее время и учебным, и рабочим электронным средством, прочно вошедшим в семейный быт. Взрослый человек и тем более подросток или ребенок не могут быть исключены из этого средового информационного поля даже при формировании зависимых отклонений.

В связи с этим необходимо учитывать, что аддикция (зависимость) начинается там, где возникает замещение удовлетворения реальных потребностей новой сверхценной потребностью в аддиктивном агенте, то есть в нашем случае – потребностью к доступу в виртуальное пространство, позволяющему в иллюзорно-виртуальном ключе разрешать конфликты, избегать проблем, компенсировать дефицит общения и т.д. (Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В., 2009).

Далее, следует учитывать, что, по всей видимости, существуют две большие группы, объединяемые под общим термином интернет-аддикций. Первая группа – многопрофильные аддикции (интернет-геймеры, покупатели, сексоголики), при которых компьютер и Интернет используются лишь как средства доступа к основному аддиктивному агенту – азартной игре, шопингу, порнографии и др.

Для аддиктов второй группы характерно пристрастие к кибер-отношениям, перегруженности информацией, кибер-исследованиям, хакерству, к созданию вредоносных программ. Как правило, аддикты второго порядка используют компьютер и возможности сети для бегства от реальных проблем и в целях гиперкомпенсации (например, в случае физических недостатков, непризнания окружающих, низкой самооценки) или других более серьёзных проблем (Young K.S., 1998; Griffiths M., 1998).

Основные признаки интернет-зависимости следующие:

- чрезмерное, немотивированное время работы в сети, не обусловленное профессиональной, научной или иной социальной деятельностью;
- фокусирование интересов в сфере компьютерных технологий и резкое сужение круга всех остальных интересов;
- избирательное изменение эмоциональности в ситуации вовлечённости в виртуальное пространство и утрата эмоциональности при включении в реальную ситуацию;
- использование возможностей Интернета как преобладающего средства коммуникации;
- создание и эксплуатация виртуальных образов, крайне далеких от реальных характеристик;
- влечение к созданию вредоносных программ (без какой-либо цели);
- субъективно воспринимаемая невозможность обходиться без работы в сети.



Скорость формирования признаков интернет-зависимости, по данным многочисленных исследований, весьма высокая – 25% аддиктов приобретают зависимость в течение полугода после начала работы в Интернете, 58% – в течение второго полугодия, а 17% – вскоре по прошествии года (Young K.S., 1998).

Наиболее часто встречающиеся психопатологические проявления интернет-зависимости следующие:

- базовый синдром зависимости, который повторяет уже перечисленные признаки сформированной интернет-зависимости, но может и включать такие дополнительные признаки, как: навязчивые мысли и образы виртуальных объектов, компьютерных действий; появление тревожно-депрессивных реакций при ограничении компьютерного времени; в случае подавления желания к виртуальной активности – ощущение нарастающей усталости и сонливости;
- синдром измененного сознания (при поглощённости компьютерной деятельностью);
- депрессивный синдром;
- астенический синдром (Урсу А.В., Худяков А.В., 2009).

### **6.2 Данные о распространённости**

О распространённости интернет-зависимости в пределах от 1 до 5% населения сообщают K.S. Young (1998), M. Griffiths (2000). Считается, что данному виду зависимости более подвержены гуманитарии и люди, не имеющие высшего образования, нежели специалисты по компьютерным сетям.

Наиболее уязвимый контингент – это старшие школьники, среди которых распространённость признаков, указывающих на возможную интернет-аддикцию, в некоторых регионах составляет до 38% (Kim K., Ryn E., Chon M.Y. et al., 2005).

### **6.3 Данные о вредных последствиях**

Из отрицательных последствий формирования интернет-зависимости выявлены следующие:

*Физические симптомы:*

- синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц);
- сухость в глазах;
- головные боли по типу мигрени;
- боли в спине;
- нерегулярное питание, пропуск приёмов пищи;

- пренебрежение личной гигиеной;
- расстройства сна, изменение режима сна (Orzack M., 1998).

*Социально-психологические отклонения:*

- депривация у родных и близких в связи с изменением поведения зависимого;
- стрессы у родителей и стойкие внутрисемейные конфликты по этому же поводу;
- академическая неуспеваемость и конфликты с учителями;
- высокая частота случаев смены мест учёбы при конфликтных ситуациях;
- неприятие и конфликты с соучениками;
- экстернатное обучение;
- отвержение сверстниками;
- давление компьютерной субкультуры;
- вовлечённость в виртуальную группу с принятием и разделением её ценностей, языка, отличительных знаков.

*Отклонения возрастного психического развития у подростков:*

- проявление задержанного развития с личностным инфантилизмом;
- расстройства идентификации (ролевой, половой, самоидентификации);
- нереалистичность и недифференцированность представлений о себе и своём месте в жизни;
- искажённая (чаще – заниженная) самооценка;
- расстройства привязанности;
- синдром дефицита внимания и гиперактивности (в основном его вариант, связанный с дефицитностью внимания);
- оппозиционно-вызывающие расстройства поведения (Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В., 2009).

Следует иметь в виду, что интернет-зависимость, как и другие химические и нехимические зависимости, могут переходить одна в другую и сосуществовать в различных комбинациях.

Интенсивное использование интернет-коммуникаций многократно повышает вероятность подобного сочетания (Егоров А.Ю., 2007).

#### **6.4 Оценка социального ущерба**

Современная ситуация в сфере распространения киберэкстремизма и кибертерроризма расставляет несколько иные приоритеты в сфере интернет-зависимости. Зависимые лица здесь являются наиболее уязвимой группой для атак киберэкстремистов и кибертеррористов, предпринимаемых, во-первых, для того, чтобы добиться нужного им обществен-

ного резонанса, а во-вторых – с целью вербовки своих последователей среди постоянных пользователей сети. Это не составляет особого труда, поскольку, как уже было сказано, интернет-зависимые лица обладают универсальным аддиктивным потенциалом и склонностью к «накапливанию» аддикций.

Далее, такого рода постоянные пользователи социальных сетей могут выступать (сами того не желая) в качестве резонансной группы поддержки манипулятивным экстремистским и сектантским технологиям, распространяя соответствующие сообщения и комментарии к ним среди весьма многочисленных партнеров по сети.

Ещё один серьезный аспект данной проблемы состоит в том, что из группы интернет-зависимых лиц легче всего вербуются будущие киберэкстремисты, хакеры и взломщики компьютерных сетей, работающие на нелегальные экстремистские организации и их террористические отряды.

### ***6.5 Механизмы вовлечения***

Ведущим механизмом вовлечения в интернет-зависимость, по мнению многих исследователей, является почти «идеальное» соотношение личностных особенностей интернет-зависимых лиц, нереализованных потребностей, присущих таким личностям, и тех практически неограниченных возможностей к самореализации, которые даёт виртуальное пространство.

Так, при исследовании интернет-аддиктов выяснилось, что доминирующей в данной группе лиц была потребность в близком, доверительном общении. Однако при этом они не имели достаточной социальной смелости для установления такого рода отношений с окружающими людьми в реальном мире. Интернет-аддикты, в своём большинстве, – это люди низко адаптированные и застенчивые, их самооценка существенно ниже, чем в среднестатистических группах населения, сопоставимых по возрасту.

Интернет-пространство для таких личностей – идеальное место для удовлетворения их нереализованных, «заблокированных» потребностей в поддержке, одобрении, общении, в силу чего у интернет-аддиктов весьма часто возникают иррациональные убеждения следующего типа: «Интернет – единственное место, где меня уважают», «никто не любит меня вне Интернета», «Интернет – мой единственный друг» и т.д.

Таким образом, виртуальная реальность выполняет для интернет-аддиктов функции адаптации и компенсации, что, в свою очередь, дополнительно стимулирует процесс перемещения активности аддикта из рамок повседневной жизни в жизнь виртуальную (Егоров А.Ю., 2007).

## **6.6 Способы социального противодействия**

Вопросы организованного противодействия распространению интернет-зависимости разработаны недостаточно. Данное обстоятельство, по-видимому, связано с относительно непродолжительным «проблемным стажем», имеющимся у рассматриваемого типа психологической зависимости.

Основными институтами, оказывающими профессиональную помощь семьям, где есть дети (подростки, молодые люди) с признаками интернет-зависимости, являются центры психологического и семейного консультирования.

Профилактические рекомендации, выдаваемые в этих центрах, сводятся к необходимости установления достаточно жёсткого контроля компьютерного времени детей и подростков со стороны их родителей. Кроме того, родители обучаются навыкам предупреждения активных протестных и негативных реакций в ответ на введение жёстких ограничений, практике составления соответствующего «семейного договора».

В последние годы разрабатываются специальные коррекционные программы для детей и подростков с признаками интернет-зависимости, предусматривающие прохождение ряда последовательных терапевтических этапов. Обычно к прохождению такого рода программ привлекаются как дети, так и их родители. То есть имеет место вариант семейной терапии, что существенно повышает эффективность реабилитационного процесса (Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В.).

## **6.7 Общая оценка эффективности социального противодействия в РК**

Оценка эффективности противодействия распространению патологического пристрастия к азартным играм, интернет-зависимости в Республике Казахстан и бывших союзных республиках учитывает:

*наличие:*

- государственных решений о запрете деятельности любых организаций, реализующих практику азартных игр в крупных городах и населённых пунктах, за исключением специально оговоренных зон, где такая практика возможна на легальной основе;
- законодательства, предусматривающего уголовное преследование за нелегальную организацию азартных игр;
- специальных ведомств и подразделений в органах государственной власти, отвечающих за выполнение вышеназванных решений и законодательных положений;

- свободного доступа к информации о негативных последствиях вовлечения в игровую зависимость;
- свободного доступа к государственным и частным лечебным организациям, консультативным центрам, с возможностью получения профессиональной консультативной, психотерапевтической и комплексной помощи;

*дефицит:*

- научно обоснованных и доказательно эффективных технологий первичной и специализированной помощи лицам с признаками формирования игромании и интернет-зависимости, находящимся на разных стадиях данного процесса;
- соответствующих специалистов, кабинетов и подразделений, действующих в системе государственного здравоохранения и специализирующихся по профилю игровой и интернет-зависимости;

*отсутствие:*

- технологий и действующей системы мониторинга рисков и фактов вовлечения в игровую зависимость и интернет-зависимость среди наиболее уязвимых групп населения;
- технологий и действующей системы эффективной первичной профилактики вовлечения в игроманию и интернет-зависимость;
- разработанной, научно обоснованной концепции и стратегии мультисекторального противодействия распространению данной социальной эпидемии;
- разработанной системы мониторинга эффективности противодействующих усилий в целом и по каждому направлению в отдельности.

Таким образом, речь идёт лишь о первом уровне контроля над социальной эпидемией патологического пристрастия к азартным играм и интернет-зависимости, когда точные данные о её распространении неизвестны, а противодействующие усилия по их ассортименту, масштабу и эффективности явно недостаточны.

**Список основных ссылок**

1. Егоров А.Ю. Социально приемлемые формы нехимических аддикций. Интернет-зависимость // В кн. «Руководство по аддиктологии» / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. – Речь, 2007. – С. 508-515.
2. Елшанский С.П. Проблема социокультурной детерминации психической патологии: патологическая зависимость от нехимических агентов // Ж. «Вопросы наркологии». – 2005. – № 2. – С. 59-62.

3. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Нехимическая зависимость в детской психиатрической практике // *Российский психиатрический журнал*. – 2009. – № 4. – С. 86-91.

4. Райхман И.П. Психологические особенности игровой активности в Интернете: позитивные и негативные факторы влияния // *Ж. «Наркология»*. – 2007. – № 11. – С. 42-49.

5. Урсу А.В., Худяков А.В. Компьютерная игровая зависимость: клиника, динамика и эпидемиология // *Психическое здоровье*. – 2009. – № 8 (39). – С. 28-32.

6. Griffiths, M.D. Internet addiction – time to be taken seriously? // *Addiction Research. Oct. V. 8. – N 5. – 2000.*

7. Griffiths, M.D. Internet addiction: does it really exist? // *In: Psychology and the internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implication / J. Gackenbach (Ed). San-Diego: CA, Academic Press, 1998.*

8. Kim, K., Ryn, G., Chon, M.Y., Yeun, G.I., Choi, S.Y., Seo Y.S., Nam B.W. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: Agnestionnaire survey// *International Journal of Nursing Studies, Article in Press, 2005.*

9. Orzack, M.N. Computer addiction: What is it? // *Psychiatric Times. August. – V. 15. – N 8. – 1998.*

10. Young, K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorders // *CyberPsychology and Behavior. – V. 1. – 1998.*

### **Заключение**

Из данных, приведенных в части II, следует, что в Республике Казахстан достигнут второй уровень контроля в отношении таких типов социальных эпидемий, как формирование адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации, вовлечения в химическую зависимость.

В отношении идентифицированных типов деструктивной психологической зависимости установлен лишь первый уровень контроля, при котором информация о распространении исследуемых эпидемических процессов неполная, а масштабы и эффективность противодействующих усилий явно недостаточны.

Главный вывод, который следует из анализа вышеприведенных фактов и результатов комплексного исследования проблемы социальных эпидемий, заключается в том, что переход от первого-второго к третьему уровню контроля (масштабы и эффективность противодействующих усилий сопоставимы с масштабами и сложностью проблемы) неизбежно связан

с глубоким и качественным реформированием системы социального противодействия и, соответственно, – системы наркологической помощи РК.

Результаты, полученные нами в ходе комплексного исследования, убеждают в том, что разумным, обоснованным и – что очень важно – не связанным с существенными экономическими затратами должно стать решение об организации аддиктологического кластера, действующего на основе принципов разработанной системы управления качеством противодействующих усилий.

Такое решение, полностью вписывающееся в контекст обновленного доктринального подхода и подкрепляемое адекватной нормативной базой, обеспечит подлинный прорыв в сфере эффективного противодействия социальным эпидемиям.