

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

В.И. Курпатов, С.А. Осипова, А.П. Федоров

ИНТЕГРАТИВНАЯ ГРУППОВАЯ ЛИЧНОСТНО- ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПСИХОГИМНАСТИЧЕСКИХ ТЕХНИК

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Введение

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия разрабатывалась Карвасарским Б.Д., Исуриной Г.Л., Ташлыковым В.А. в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Представляя собой дальнейшее развитие учения В.Н. Мясищева о неврозах и их психотерапии, она может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии [5].

Основной целью личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии является достижение позитивных личностных изменений, что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности [5]. Коррекция нарушенной системы отношений проводится в трех направлениях: работа с неадекватными когнитивными, эмоциональными и поведенческими стереотипами. В процессе психотерапии основной упор делается на реконструкцию особо значимых отношений личности, которые являются ведущим фактором в развитии невротического расстройства. В целом групповая психотерапия при неврозах выглядит как серия межличностных интеракций, нацеленных на создание адекватной самооценки и целостной «Я-концепции», конфронтацию со своими личностными проблемами, раскрытие переживаний и их вербализацию, устранение рассогласованности компонентов в системе отношений личности, осознание противоречивости мотивации, лежащей в основе невротических конфликтов, а также рост социальной компетенции и приобретение опыта построения отношений с другими людьми во взаимно удовлетворяющей манере [7].

При лечении неврозов групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия из-за своей высокой эффективности выступает в качестве одного из ведущих методов. Однако в своей работе мы не раз сталкивались с тем, что для достижения основной цели в групповом варианте психотерапии требуется порядка 10 час. на человека, что в

современных экономических условиях становится существенным недостатком данного направления. Неоднократно проводились попытки создать краткосрочный вариант групповой патогенетической психотерапии [4, 7, 8].

С помощью интеграции в нее методов из других видов психотерапии удалось добиться сокращения временного параметра до 3–6 час. на каждого участника группы, что позволяет проводить групповую патогенетическую психотерапию в стационарах со средней продолжительностью пребывания в один месяц.

Разработан также форсированный вариант 24-часового «Марафона» [2, 3]. В ходе исследований было подтверждено мнение о том, что депривация сна, непрерывная и длительная деятельность в психотерапевтической группе, приводящая к усталости и сонливости, продолжительному тесному контакту, эмоциональному напряжению способствует сближению и сплоченности членов группы, вызывает чувство раскованности, ослабляет самоконтроль. За счет этих процессов динамика групповых взаимоотношений ускоряется, что позволяет в короткий срок решить многие личностно-значимые проблемы пациента [2]. В связи со своей трудоемкостью данный метод не получил широкого распространения. В настоящий момент кафедра психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования является практически единственным медицинским учреждением, проводящим «Марафоны».

Методические аспекты проведения групповой личностно-ориентированной психотерапии

Согласно нашему опыту целесообразно проводить групповые занятия ежедневно, для того чтобы усилить групповую динамику и в некоторой степени блокировать возможность эмоциональной разрядки вне группы. Оптимальная продолжительность одной групповой сессии составляет 90 мин. При необходимости можно проводить более длительные сеансы и каждые полтора часа необходимо делать перерыв на 10–15 мин.

Мы придерживаемся позиции ведения группы двумя разнополюсными ведущими. Например, один из ведущих может исполнять роль истинного члена группы, а второй – роль эксперта. На наш взгляд, это способствует рождению проекций и при их проработке – большей эффективности лечения. Конечно, данный стиль способствует также и профессиональному росту самих терапевтов, так как у них всегда есть возможность получить обратную связь от специалиста.

Численность группы в начале терапии составляет обычно 10–12 человек, с расчетом на то, что возможно 1–2 участника покинут группу. Ведение группы с меньшим числом участников создает ряд проблем, в числе которых малая альтернативность обратной связи и повышенный риск распада группы. В процессе краткосрочной групповой личностно-

ориентированной (реконструктивной) психотерапии группа выступает в качестве «модели реальной жизни», а групповая ситуация является ситуацией многопланового, реального, эмоционального межличностного взаимодействия, поэтому состав группы должен быть гетерогенным по полу и возрасту, чтобы у каждого участника была возможность переноса нарушенных значимых отношений из реальной жизни в группу [4].

В процессе психотерапии группа проходит через ряд стадий развития. Зная особенности каждой фазы, можно усиливать взаимодействия членов группы на этой стадии развития или же продвигать участников вперед, применяя упражнения, вскрывающие конфликты следующего этапа. Однако сразу хотелось бы предостеречь от слишком авторитарного продвижения группы. Ни одна из стадий развития не является более ценной, чем другая. Весьма распространенным заблуждением может быть представление о том, что для создания «хорошей» группы, необходимо достичь более высокого уровня её развития и в дальнейшем его поддерживать. Для многих пациентов это сопряжено с постановкой таких задач, решить которые они не способны в принципе. Более корректным следует считать такой подход, который позволяет соотносить возможности членов группы с необходимостью достижения группой более высокого уровня развития [6].

В данной статье мы рассмотрим фазы развития закрытой (изолированной) группы в соотнесении с теми упражнениями, которые можно применять в этих стадиях для интенсификации психотерапевтического процесса. Среди имеющихся классификаций стадий развития группы лучше всего, на наш взгляд, отражают динамику подходы С. Кратохвила [1].

1. Фаза ориентации и зависимости. В начальной стадии члены группы еще ориентируются: «о чем идет речь», «к чему это» и «как мне это поможет». Участие в группе стоит под сомнением, ищется обыкновенный смысл. Группа встревожена, обеспокоена, неуверенна и одновременно зависима. Ожидая, что ими будут руководить, члены требуют получения хоть малейшей информации. Скрыто или открыто ищут руководителя, лидера, обращаются к нему за инструкциями и ответом, за признанием и одобрением своих поступков. Члены группы ведут себя так, как будто «спасение» зависит только от психотерапевта, словно «все недуги пройдут», стоит им только правильно понять, что он от них хочет. Они идеализируют его и переоценивают. Постоянно жаждут деятельности, объяснения цели, намерений и планов, советов и решения своих неприятностей и проблем. Одновременно все члены ориентируются в группе: принимают друг друга или отвергают, выискивают общие черты, точки соприкосновения и различия, каждый выясняет, хочет ли он «внутри или наружу».

Содержание и стиль общения в начальной стадии уподобляется повседневному человеческому общению, обсуждаются часто неопределенные, второстепенные или общеизвестные вещи, наблюдается осторожное взаимное «прощупывание». В психотерапевтической группе пациенты зачастую начинают рассказывать о своих проблемах и говорить о предстоящем лечении.

В начальной фазе, возможно, также стремление и поиск пациентами взаимного контакта, средств лечения при помощи взаимных советов. Так или иначе, члены группы вначале слишком недооценивают возможности группового лечения, не уверены в том, что такое постижение людей «может им чем-нибудь помочь», и надеются на психотерапевта.

В классическом варианте групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт чаще не проявляет активности, занимает выжидательную позицию, наблюдая за групповым процессом, и придерживается принципа спонтанного развития событий. В краткосрочном варианте психотерапевт предлагает ряд упражнений для снижения напряженности в группе, интенсификации групповой сплоченности, создания благоприятного эмоционального климата и атмосферы безопасности, способствующих скорейшему самораскрытию участников, а также с целью демонстрации пациентам потенциальных возможностей групповой психотерапии и формирования у них мотивации к дальнейшей работе.

Для знакомства участников группы, уменьшения дистанции в группе, можно применять упражнения с постепенным переходом от вербального контакта к телесному взаимодействию. Например, знакомство в парах с представлением собеседника группе, невербальное отражение кого-либо из участников группы, представление своего лучшего и худшего качества характера, передача посланий по кругу и т. п. Для улучшения понимания вербального и невербального языков членов группы можно использовать разыгрывание группой привычных жизненных ситуаций:

- 1) детские игры в детском садике;
- 2) попросить у кого-нибудь что-нибудь;
- 3) выбрать и преподнести подарок;
- 4) обратить на себя внимание;
- 5) сделать для партнера что-нибудь удивительное;
- 6) отношение к авторитетам и авторитета к участникам;
- 7) проиграть дорогу на работу и деятельность на работе;
- 8) возвращение с работы домой;
- 9) разговор через стекло.

Лучшему пониманию друг друга способствуют информационные упражнения: «А ещё у меня ...», «А ещё я ...», снижению уровня тревоги – любые активные игры, ритмичные движения, танцевальные игры. Это могут быть упражнения, связанные с передачей ритма по кругу и усложне-

нием его каждым участником, «Молекулы», «Третий лишний», «Мостик», «Пятнашки», «Светофор» и другие. Эти же техники можно использовать для поднятия работоспособности в начале каждого занятия. Снятию тревоги также будут способствовать задания, связанные с творческим вовлечением участников в процесс. Наиболее показательным, на наш взгляд, является упражнение «Режиссер». В этом упражнении у участников уже в первой фазе развития группы появляется возможность выбора той или иной роли с апробированием её во время представления. Эта задача сопряжена с получением каждым членом группы обратной связи о производимом им первом впечатлении у окружающих. Другими творческими заданиями могут быть «бал-маскарад», когда каждый показывает свою маску, или «цирк» (зоопарк) – участник группы выбирает свою роль или представляет животное.

На этом этапе важно представить ряд упражнений по обучению пациентов взаимодействовать друг с другом, давать правильную обратную связь и удерживаться в ситуации «здесь и теперь». Закреплению полученных навыков будут помогать упражнения, направленные на развитие интерперсональных отношений в группе. Такими заданиями могут быть [1]:

- 1) социограмма (выбор значимых партнеров);
- 2) выражение отношения к ко всем членам группы или выражение своего отношения к человеку в центре круга;
- 3) убеждение остальных идти со мной или можно заставить сидящих встать;
- 4) все члены группы убеждают одного присоединиться к ним;
- 5) показ того, что я хочу от группы;
- 6) чувства перед групповым сеансом и после него с направлением к участникам, вызывающим эти чувства;
- 7) желание вести себя так, чтобы все поняли – важно мне их присутствие или нет;
- 8) ощущение того, что кто-то мне здесь мешает;
- 9) кидание мяча от одного к другому как проявление симпатии, желание преподнести его как подарок;
- 10) изображение мячом кого-то из группы (например терапевта): что бы я с ним сделал;
- 11) катание мяча к самому вам симпатичному, к тому, кто больше всех нуждается в помощи, кто самый замкнутый и т. п.

Помочь участникам лучше ориентироваться в психотерапевтическом процессе помогут упражнения на дифференцировку внутреннего опыта. Целью их является обучение пациентов умению различать в потоке сознания восприятия, мысли, собственные намерения, ожидания окружающих.

Вербальные коммуникативные игры помогают понять разные уровни словесных коммуникаций, происходящих в группе, почувствовать разную степень ответственности, принимаемой пациентом за них. Выполняя эти упражнения, пациент должен фокусироваться на эмоциях тревоги – безопасности, испытываемых при разных словесных высказываниях, отдавать себе отчет, насколько он ощущает себя вовлеченным во взаимодействие со своим партнером, чувствует его, соответствует ли поведение его словесным высказываниям (изменяется ли поза, дистанция, устанавливается ли зрительный контакт и т. д.) [7].

На этом этапе могут потребоваться упражнения на преодоление трудностей, связанных с вербализацией эмоций. В таких ситуациях применяется создание эмоционального словаря участниками группы с дальнейшим невербальным изображением этих эмоций. Переходными к следующей фазе развития группы являются техники, направленные на проявление агрессии. Для этого можно использовать любые игры с ограничением времени на исполнение или же на наказание для проигравших лиц.

Познакомившись со всеми участниками и определившись с той ролью в группе, которую они могут занять, участники начинают понимать, что на эту роль есть и другие претенденты. Осознание ситуации приводит к рождению конфликтов между участниками группы. Примерно в это же время формируется протест против ведущих, которые оказываются не столь «всемогущими», как казалось в начале терапии. Эти и другие факторы приводят группу во вторую фазу психотерапевтического процесса.

2. Фаза конфликтов и протестов. Для второй фазы характерны конфликты между членами группы и между группой и формальным лидером. Проявляется тенденция к самоутверждению, соперничеству, наблюдается «борьба за власть», кристаллизация ролей на активные и пассивные, доминирующие и подчиняющиеся, каждый член пытается завладеть инициативой и вниманием. Возникает иерархия ролей, «распределение мест наверху или внизу», негативные комментарии и критика между членами, они готовы проявлять эмоциональные реакции, прежде всего враждебного характера. Если групповой сеанс будет целиком посвящен обсуждению какого-то одного члена, то, без сомнения, напомним многим «товарищеский суд». Могут появляться и критические замечания по поводу психического «раздевания» в группе, против выявления настоящих, искренних чувств и против сопоставления своих проблем с проблемами остальных людей. Встречаются попытки оставить группу, где нормальная атмосфера воспринимается как напряженная и неудовлетворительная.

Если в первой фазе группа стремится вознести терапевта на пьедестал и повысить его авторитет, то во второй фазе она восстает против него и пытается досадить ему и расстроить его. Ожидания и надежды на него бывают настолько велики, что члены группы чувствуют ужасное разочарование по поводу их необоснованности. Агрессивные чувства против

психотерапевта возникают либо тогда, когда вся группа признает и принимает авторитарную роль лидера, который и провоцирует протест, либо когда психотерапевт отказывается традиционным способом руководить группой и предоставляет ее собственной инициативе. Группа переносит на него ответственность за свое разочарование, она может его изолировать и исключить из своей среды. Существенным для развития группы является тот факт, что она обязательно должна пройти через прямую, открытую конфронтацию с психотерапевтом, который обязан всеми силами это не только позволить, но даже поддерживать. Конструктивным разрешением кризисной ситуации считается открытое выражение пациентами своих негативных чувств по отношению к ведущему и обсуждение вопросов, связанных с проблемами авторитета, зависимости, самостоятельности и ответственности.

Упражнения, предлагаемые на этом этапе, способствуют более прямому выражению эмоций как негативного, так и позитивного плана. Они помогают обострить процесс принятия решений в «круге», лучше осознать роли, занимаемые членами группы.

Для того чтобы интенсифицировать проявления конфликтов между участниками, предлагается ряд упражнений, связанных с физической агрессией: толкание в парах, разжимание кулака, столкновение с места, желание прорваться в круг, вырваться из круга, пробраться сквозь густые заросли, пройти по краю обрыва или через препятствия к цели. Уместны также упражнения, которые выявляют моральные общечеловеческие конфликты: разминуться вдвоем на узком мостике над пропастью, выразить отрицательное отношение, кого-то обидеть, потребовать от участника группы отказаться от чего-то дорогого, выразить несогласие в ситуации, когда это означало бы неприятность, разыграть конфликт с начальником.

Для прояснения сознательного или бессознательного желания участников занять ту или иную роль в группе используются структурирующие упражнения. Они могут применяться и во второй фазе, и для перехода к третьей фазе, и непосредственно в самой третьей стадии развития. Структурирующие задания предполагают построение всеми участниками некоего объекта, содержащего в себе разные роли. Вариантами могут быть «Тройка», «Наша группа», «Корабль», «Дерево» и др. В своей работе мы обратили внимание на то, что лучше всего использовать динамические объекты, которые позволяют проверить прочность конструкции в движении.

3. Фаза развития групповой сплоченности и сотрудничества. В этой фазе снижается напряжение, серьезность и количество конфликтов, возрастает сплоченность, потребность в чувстве собственной принадлежности к группе, сознание всеобщего «мы». Наступает консолидация и уравнивание общих норм и ценностей. Теряет свое значение проблема авторитета и лидера, повышается ответственность и активность членов

группы, способность к групповой объединенной акции и совместной работе. Главным вопросом становится «далеко» и «близко», главным интересом группы – интимность, близость и взаимное согласие.

На этой стадии группа часто подавляет свои отрицательные эмоции ради снижения напряжения. Центральной темой является разговор о себе и остальных членах группы с открытым высказыванием чувств, размышлений о сущности и характере процессов и изменений, происходящих у всех членов группы одновременно. Группа вселяет в индивидуума чувство безопасности, уверенности в себе, предоставляет своеобразную защиту, чтобы каждый мог «открыться». Тематами групповой дискуссии в данной фазе могут стать [4]:

- 1) доверия – недоверия;
- 2) симпатии – антипатии участников группы;
- 3) исследование расхождений между представлениями потребностей друг друга;
- 4) анализ ожиданий одного пациента по отношению к другому с обязательным проведением параллелей с реальными значимыми отношениями каждого участника вне группы.

Для усиления сплоченности в данной фазе проводят следующие упражнения: пройти по краю пропасти, «Режиссер», общий рисунок, оркестр, общая скульптура. Уместными здесь будут также упражнения на развитие чувства доверия: «Маятник», «Свободное падение», «Слепой-поводырь», «Мой главный секрет» и др.

Находясь в созданных для себя «тепличных» условиях, группа самостоятельно или при помощи ведущих приходит к выводу, что без негатива невозможно полноценно прорабатывать, а чаще даже и выявлять проблемные зоны. Подавив негативные эмоции на психотерапевтическую норму и открыто выражая свои чувства, группа переходит к четвертой фазе.

4. Фаза целенаправленной деятельности. Группа функционирует как единая рабочая группа, размышляет, советуется, критикует, принимает решение. Тем не менее в группе преобладает психотерапевтическая работа, в смысле достижения необходимого психического состояния и обратной связи. Группа уже не подавляет отрицательные эмоции, наоборот, сознательно допускает проявление враждебности, чтобы конструктивно переработать в себе эти враждебные чувства. Создана определенная структура с множеством изменяемых ролей. Подобное состояние длится все оставшееся время существования группы с периодическими, довольно краткими, кризисами, напоминающими некоторые проявления предыдущих фаз.

Члены группы на этом этапе периодически обращаются за поддержкой и одобрением к лидеру, однако, они уже способны действовать самостоятельно. Группа на этапе рабочей фазы характеризуется взаимным доверием, уважением и способностью ее участников принимать разные точ-

ки зрения и амбивалентные чувства. На этом этапе, как правило, проясняется связь между ситуацией, предшествовавшей болезни и возникновением, развитием и поддержанием ее симптомов. Проясняется мера своего участия в возникновении, повторении и сохранении конфликтных и травмирующих ситуаций, а также происходит понимание того, каким путем можно предотвратить повторение конфликтных ситуаций через другое поведение и другие отношения.

В этой фазе психотерапевт применяет вспомогательные приемы и техники различных психотерапевтических школ и направлений. Например, разыгрываются ролевые ситуации «трудный разговор», «пустой стул», создаются скульптуры, построение континуума характеров участников группы; поощряется выражение чувств человеку, который нравится участнику группы, но он боится ему это показать и т. д. Не менее важными на данном этапе будут упражнения, направленные на принятие ответственности: «10 шагов», построение дерева, дома с предварительным обдумыванием места, которое хотели бы занять участники группы в этом доме или дереве. Эти упражнения ориентированы на обязательное осознание своей цели, путей её достижения и причин не достижения.

В каждом конкретном случае подбор технических приемов производится индивидуально в зависимости от характера проблем каждого пациента. Многие авторы останавливаются в описании групповой динамики на этом этапе развития. Однако практика показывает, что на 1–2 последних занятиях группа переходит в следующую стадию.

5. Фаза терминации и расставания [6]. Это фаза завершения психотерапевтического процесса. На этом этапе пациенты делятся друг с другом тем, какие цели они для себя ставили, чего достигли или не достигли в ходе работы группы. При этом участники уже способны самостоятельно понять и раскрыть свою долю ответственности за полученный результат. Члены группы, как правило, сами предлагают те или иные упражнения. Наиболее часто обращаются к группе с просьбой получить обратную связь от всех участников, выразить эмоцию по отношению к одному человеку в центре круга.

Заключение

Считаем необходимым еще раз остановиться на том, что выделенные стадии групповой личностно-ориентированной психотерапии динамичны и в своем развитии психотерапевтическая группа может возвращаться на предшествующие стадии. Данный факт является лишним поводом для переоценки действий психотерапевта или нового анализа ситуации в группе.

Каждый участник психотерапевтического процесса для проработки своей проблемы стремится выбрать ту фазу развития группы, в которой его переживания становятся наиболее актуальными. Поэтому важным яв-

ляется постоянное отслеживание динамики группы. Совмещая данный факт с пониманием возможностей каждой техники (упражнения), можно осознанно влиять на психотерапевтический процесс.

Литература

1. *Кратохвил С.* Групповая психотерапия неврозов / С. Кратохвил. – Прага : Авиценум : Здравотнике Накладе, 1978. – 311 с.

2. *Курпатов В.И.* Профилактика, лечение и реабилитация психогенно обусловленных расстройств у плавсостава военно-морского флота : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. : 14.00.32, 14.00.18 / Курпатов В.И. – СПб., 1994. – 42 с.

3. *Курпатов В.И.* Интегративная модель патогенетической реконструктивной психотерапии в условиях специализированного отделения неврозов / В.И. Курпатов // Избранные лекции по клинической, экстремальной и военной психиатрии : учеб. пособие / под ред. В.К. Шамрея. – М. : ПАГРИ-Принт, 2007. – С. 291–304.

4. *Мизинова Е.Б.* Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец.: 19.00.04 / Мизинова Е.Б. – СПб., 2004. – 34 с.

5. *Психотерапевтическая энциклопедия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.

6. *Рутан Дж.* Психодинамическая групповая психотерапия / Дж. Рутан, У. Стоун. – СПб. : Питер, 2002. – 400 с.

7. *Федоров А.П.* Групповая психотерапия при неврозах : учеб. пособие / А.П. Федоров, Э.Г. Эйдемиллер. – Л. : Изд-во ЛГИДУВ, 1988. – 22 с.

8. *Федоров А.П.* Затяжные неврозы и их психотерапия : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец.: 14.00.18. / Федоров А.П. – СПб., 1995. – 39 с.

**АНТРОПОПОТОЗ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ**
(сообщение второе)

Санкт-Петербургская государственная медицинская
академия им. И.И. Мечникова

Аутонекротизм и танатократия

Как известно, жизнь – это динамическое равновесие двух процессов: рождения и смерти, «Генезиса» (греч. γένεσις – порождение) и «Танатоса» (греч. θάνατος – смерть).¹ В отличие от мира мёртвых вещей, где зиждательное и разрушительное начала действуют относительно независимо друг от друга, в мире живых существ они образуют органическое единство, обеспечивая постоянное обновление их тел и приспособление к переменчивым обстоятельствам жизни. На субклеточном уровне это обновление осуществляется за счёт обмена веществ и энергии, на уровне тканей – за счёт апоптоза устаревших клеток и рождения новых. Каждое мгновение рушится несметное множество различных молекулярных структур внутри клеток и вне их, гибнут мириады самих клеток. Но в то же время на место разрушенного и погибшего создается новое, так что для человека рождение и смерть клеток, сосуществующих в его теле, практически ненаблюдаемы. Отдельного внимания заслуживает то обстоятельство, что равновесие между рождением и смертью является динамическим: в одних состояниях организма они действительно уравниваются друг друга, и тогда он как бы неизменен; в других – преобладает либо жизнеутверждающее начало, генезис, либо танатос. На протяжении всего периода взросления организма и осуществления им детородной функции доминирует зиждательное начало – имеет место генезотония (греч. γένεσις – порождение, τόνοσ – напряжение). Танатос же начинает доминировать по мере увядания способности к деторождению.² Поскольку организм – целеустремлённая система, в которой и зиждательное, и разрушительное начала подчинены родовой функции (Эросу) на протяже-

¹ Как известно, в психодинамической психотерапии термин «Танатос», введённый Фрейдом, используется для обозначения постулированной З. Фрейдом категории влечений к смерти (Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / пер. с франц. Н.С. Автономовой. – М.: Высш. шк., 1996). Согласно нашему пониманию, надо достаточно ясно различать аутоагрессию, как частный вариант агрессивного (шире – деструктивного) поведения, и собственно «Танатос», как психологическую сторону катаболизма, которая обнаруживается лишь при вполне определённых обстоятельствах.

² По всей видимости, танатотония имеет место также и при переходе от одной стадии развития организма к следующей, когда значительная часть устаревшего строения подлежит ликвидации.

нии всей жизни, в норме вне зависимости от силы того и другого ведущим процессом является, конечно, генезис, а танатос просто следует за ним.³ Если же организм утрачивает своё предназначение (эротическую интенцию), его вегетативная регуляция оказывается расстроенной весьма однозначно: зиждательный процесс уступает лидерство смерти, и она является в виде того или иного губительного недуга. Понятно, что риск оказаться во власти танатоса наиболее велик после завершения детородной функции. Вероятность установления губительной танатократии (греч. θανατος – смерть, κρατος – власть) особенно велика при переходе от одной стадии к следующей, когда целеустремлённость организма подвергается самым серьёзным испытаниям. Сейчас мало кто из пожилых людей достаточно ясно сознаёт, в чём именно заключается предназначение человека после завершения репродуктивного периода, ведь адекватные социальные инстинкты, выражающие пострепродуктивный эротизм, угнетены кризисом современного общества.

С учётом изложенного ранее телеологическое⁴ (греч. τελειος – достигающий цели, λογος – учение) понимание антропоптоза можно представить в виде следующей формулы: *самоликвидация организма наступает вследствие вегетативной дисрегуляции, вызванной утратой им эротической цели существования...* При этом основные смертоносные болезни нашего времени (инфаркт миокарда, инсульт, неоплазмы) довольно очевидно соответствуют ей.

Что такое инфаркт, инсульт? Согласно представленной формуле, и то и другое суть варианты кризиса в развитии аутонекротического процесса (здесь это атеросклероз). Как известно, практически любая серьёзная болезнь имеет свой кризис, означающий радикальное изменение состояния, вызванный тем, что организм достиг некоего принципиально иного соотношения сил жизнеутверждения и смерти. В лучшем случае жизнеутверждающее начало берёт верх и больной, миновав кризис, идёт на поправку; в худшем – болезнь усугубляется. Инфаркт, инсульт, конечно, только усугубляют атеросклеротический процесс, который в основе своей может быть частным выражением танатократии.

Что такое рак? Подобно атеросклерозу, опухолевый процесс – это тоже вид аутонекроза и частное выражение танатократии, заключающееся в нарушении тканевого гомеостаза. Кажется, что всё выглядит иначе: опухоль – плод размножения соответствующих клеток, то есть какого-то

³ Субъективно такому нормальному положению вещей соответствует жизнеутверждающее отношение к жизни. О том, «как глубоко оно уходит своими корнями в область биологии, можно судить, пожалуй, из следующего факта: когда было проведено большое статистическое исследование о вероятных причинах долголетия, то выяснилось, что у всех долгожителей наблюдалось весёлое, т. е. жизнеутверждающее восприятие жизни» (Франкл В. Психотерапия на практике: пер. с нем. – СПб.: Речь, 2001. – С. 15–16).

⁴ Телеология – учение, опирающееся на представление о том, что существуют целеустремлённые процессы и явления, для которых цель является их главным принципом.

усиления зиждительного начала. Да, канцерогенез – это, разумеется, генезис, но генезис утративший цель, ставший послушным орудием смерти. Впрочем, современные исследования показывают, что даже манифестировавший опухолевый процесс может довольно долго сдерживаться механизмами противоопухолевой защиты организма, а его озлокачествление наступает вследствие своеобразного кризиса. Этот кризис означает относительное усиление танатократии, которое может быть следствием как собственно усиления танатоса, так и ослабления жизнеутверждающего начала.

Механизмы антропоптоза (резюме)

Итак, согласно представленной ранее точке зрения, наиболее распространённые губительные болезни современного человечества суть не что иное, как аутонекротические процессы, выражающие состояние танатократии, при котором организм лишён эротической цели или его эротическая интенция существенно ослаблена. В связи с этим целесообразно ещё раз вернуться к вопросу о том, как осуществляется и как расстраивается целеподчинение организма. Понятно, что на нейрофизиологическом уровне оно осуществляется посредством вегетативной нервной системы, ибо, как уже указывалось, вегетативная нервная система регулирует функции не только внутренних органов, но и мозговых структур, ответственных за высшую нервную деятельность. Иными словами, в плане регуляции рядоположенными являются и системы организма, обеспечивающие гомеостаз, и системы, обеспечивающие его взаимодействие с окружающей средой, и системы, обеспечивающие психическую деятельность. Вследствие такой организации любые поведенческие акты человека, равно как и его психические функции, естественным образом встроены в организм, зависимы от него и оказывают на него встречное влияние. Вот это-то встречное влияние на вегетативную нервную систему со стороны нейрональных структур, обеспечивающих осуществление родовой функции, и подчиняет ей организм. Поскольку для человека продление рода не сводится к деторождению, а предполагает активное служение социуму всей полнотой своих качеств (созидательный труд, социальная активность, творческая деятельность, трансляция культуры и т. д.) удовлетворение соответствующих потребностей не менее значимо, нежели так называемых витальных (в питье, в пище и т. п.). При этом социальная невостребованность фактически столь же болезнетворна, как и социальные запреты: и в том и в другом случае организм утрачивает возможность быть целеустремлённой системой, реализоваться в качестве таковой. Так, что и психосоциальная депривация/аутодепривация, и агрессивное давление со стороны какого-либо человека или социальной среды, и психологические факторы, вызывающие депрессию, – всё это риски возникнове-

ния танатократии и, следовательно, развития того или иного аутонекротического процесса.

Как видим, все обсуждавшиеся виды антропоптоза (аутодеструкция, аутонекротизация) запускаются одними и теми же обстоятельствами, которые, в общем-то, аналогичны обстоятельствам, запускающим на клеточном уровне апоптоз. Однако в отличие от запрограммированной гибели клеток, антропоптоз – явление болезненное по своей сути: человек и может, и должен быть долгожителем. То, что сейчас дело обстоит иначе, определено, во-первых, негуманным устройством современного общества; во-вторых, тем, что само оно находится в глубоком системном кризисе; в-третьих, доминированием мировоззрений, предопределяющих развитие психосоциальной аутодепривации.

О патогенных факторах коммерческой цивилизации

Поскольку современная цивилизация основана на принципе обмена, купли-продажи, её резонно именовать коммерческой (лат. *commercialis* – обменный, торговый), товарно-денежной. Идеологи, приверженные существующему устройству общества, называют его потребительским, утверждая при этом, что оно ориентировано на полное удовлетворение человеческих потребностей. Однако на деле при таком общественном устройстве главным мотивом хозяйственной деятельности является обогащение и нажива. Да, любые товары, услуги, разумеется, рассчитаны на удовлетворение тех или иных потребностей либо частных лиц, либо социальных групп. Но производится всё это вовсе не для того, чтобы удовлетворить, а для того, чтобы получить деньги. Они же, будучи универсальным эквивалентом труда, сами по себе не обладают никакой потребительской ценностью: непосредственно деньгами невозможно удовлетворить никакую реальную потребность. По этой причине деньгами невозможно насытиться, так, что обогащение не имеет меры, и нажива – истинный двигатель прогресса. Проблема, однако, заключается в том, что, во-первых, круг человеческих потребностей ограничен; во-вторых, каждая из них имеет меру своего удовлетворения. Эта ограниченность нашей природы явно противоречит стремлению к наживе, которое безмерно по своей сути. Означенное противоречие обнаружилось уже очень давно и со временем становится всё острее. Но, как известно, отказ от фундаментального принципа общественного устройства предполагает социальную революцию, а она пока по целому ряду причин невозможна. Так, что на протяжении неопределённого срока существующая цивилизация будет эволюционировать. И для такого (эволюционного) развития реально открыт лишь один путь – путь разрушения ограниченной человеческой природы [12]. Оно-то, к сожалению, возможно, ибо человек – существо до мозга костей социальное: все человеческие потребности формируются в процессе воспитания. Поскольку потребности нормальные (соответствующие биологическим за-

даткам и генетически детерминированной эротической ориентации) давно стали камнем преткновения для дальнейшего расширения рынка, всё более выгодным становится формирование потребностей ненормальных и извращённых: в сильно-денатурированной пище, в алкоголе, в табаке, в наркотиках, в опасной развлекательно-информационной продукции. Вследствие такого положения слово «потребитель» уже сейчас становится синонимом слова «больной» [13]. Замысел данной статьи не предполагает обсуждения всего круга болезненных явлений, развивающихся по социально-психологическим и культурно-психологическим причинам, поэтому далее рассматриваются только принципиальные факторы, явно запускающие антрополиз: культ наживы, образ врага, индивидуализм.

Культ наживы

Уже сама базисная мотивация современной деловой активности чревата антрополизом. Дело в том, что в норме целеподчинённая деятельность человека весьма альтруистична, так как предполагает расходование значительной доли жизненных сил на осуществление родовой функции и на служение общественному благу, а культ наживы явно противоречит этому. Сколь нелепо подобное положение, убедительно показано в работе одного из самых авторитетных психологов прошлого века Эриха Фромма – «Иметь или быть?».⁵ И действительно, сейчас многие люди, реализуя принцип «иметь», заняты обогащением столь самоотверженно, что само их бытие, сводясь к накоплению, стало противоречить естественному предназначению жизни. А это, как уже было показано, чревато установлением танатократии. Риск возникновения данного патологического состояния особенно велик в пожилом возрасте и в старости. Нынешнее социальное устройство, разумеется, только усугубляет этот риск, ведь социальная незащищённость стареющего человека сильно предрасполагает его к накоплению, лишённому какого-либо эротического смысла. В случае необходимости адекватная психотерапевтическая интервенция должна быть, во-первых, системной, во-вторых, базироваться на том или ином альтруистическом мировоззрении. При этом естественно встаёт вопрос, где кончается психотерапия и начинается духовное наставничество.⁶ В ответе на него мы согласны с В. Франклом: «Медицинское

⁵ «В обществе, где высшей целью является цель „иметь“ – и „иметь“ как можно больше, где о человеке говорят, что он „стоит миллион“, – какая же в таком обществе может быть полярность между „иметь“ и „быть“? Напротив, создаётся впечатление, что сама суть и смысл бытия состоит в том, чтобы обладать чем-либо. То есть, кто ничего не имеет, тот ничего собой не представляет (тот и не существует)». (Фромм Э. Иметь или быть? / пер. с нем. Э. Телятниковой. – М.: АСТ: АСТ-Москва, 2007. – С. 29).

⁶ «Хотя Гиппократ говорил: „Следует вносить философию в медицину и медицину в философию“, не означает ли это, что врач вносит в свою профессиональную деятельность нечто совершенно чуждое его функциям? Не превышает ли он свои полномочия, обсуждая фи-

служение не занимается „спасением душ“. Это не может и не должно быть его задачей. Скорее оно занимается здоровьем души человека. А душа человека здорова до тех пор, пока он остаётся тем, чем он является по своей внутренней сущности, а именно бытием, сознающим свою ответственность, фактически – вместителем сознания и ответственности».⁷

Образ врага

Апологеты существующего общественного строя, отстаивая его принципы, указывают на особую социальную ценность конкуренции, которая якобы сводится к соревнованию. Слов нет, конкуренция сильно ускоряет прогресс. Но ведь в сущности это никакое не соревнование, а столкновение и борьба, которая по мере ожесточения становится «битвой не на жизнь, а на смерть», превращаясь во всеобщую войну, когда и каждый человек, и социальные классы, и народы видят в другом врага. Ныне, как никогда ранее, справедливо латинское выражение «*Nemo homini lupus est*» – человек человеку волк... Фактически каждый наш современник вынужден вести непрекращающуюся войну со всеми, используя христианские слова о любви и милосердии лишь для прикрытия.⁸ Но человек, испытывающий пусть даже подспудную ненависть к другому человеку, неизбежно аутоагрессивен и, следовательно, опасен для самого себя. Образ врага, будучи субъективной реальностью, является неотъемлемой частью самого агрессора. При этом, чем больше ненависть к противнику, тем больше она бьёт по человеку, безрассудно предающемуся этому чувству. А ненависть к неявному противнику бьёт ещё сильнее, ибо ближайшим *другим* для каждого человека является его собственное тело. Безусловно – это так, ведь как субъект человек фактически ограничен своими рецепторами, и, следовательно, для него большая часть тела суть не что иное, как внешний объект.

В общем, сейчас, в ситуации тотальной ненависти, вроде бы, самое время вспомнить заповедь Христа: «Любите врагов ваших...» [Мф 5, 44]. Однако она, к сожалению, во-первых, практически бессильна; во-вторых, ставит следующего ей в уязвимое положение. Дело в том, что принципиальная установка на борьбу, на агрессию, естественно, актуализирует об-

лософские вопросы с пациентом, который ему доверяется и который верит в него?» (Франкл В. Психотерапия на практике: пер. с нем. – СПб.: Речь, 2001. с. 242).

⁷ Франкл В. Там же, с. 244.

⁸ «...Если обладание стало моей целью, то чем больше я имею, тем больше я существую. Я чувствую неприязнь и враждебность ко всем остальным людям – к моим заказчикам, которых я обманываю, к моим конкурентам, которых я выживаю, к моим рабочим, которых я эксплуатирую. Я никогда не бываю и не могу быть довольным, ибо моим желаниям нет конца; я вынужден завидовать тем, кто богаче меня, и бояться тех, кто беднее меня. Но все эти чувства я должен вытеснять, чтобы казаться (другим и самому себе) весёлым, рациональным, честным и дружелюбным человеком, каким пытается выглядеть любой из нас» (Фромм Э. Там же, с. 16).

раз абсолютного Врага, каковым в христианском мире представляется дьявол. Сейчас этот «персонаж» и его присные – едва ли не самые популярные «герои» фильмов, книг. В такой ситуации заповедь «Любите врагов ваших» создаёт риск запустить антропопоз: от состояния, определённого доминированием заведомо патогенного образа, до танатократии – один шаг. В наше время гораздо более ценной и психотерапевтически более значимой представляется другая христианская заповедь: «Возлюби ближнего твоего, как самого себя» [Мф 22, 39]. Она куда больше соответствует жизнеутверждающему эротическому началу.

Поскольку высокий накал агрессивных чувств является следствием общего миропорядка, существенно снизить его с помощью психотерапевтических мер вряд ли возможно. Но сами эти чувства и можно, и следует сделать гораздо менее опасными, просто изменив их ориентацию: нельзя ненавидеть человека, нельзя ненавидеть людей – отрицанию подлежит лишь давно устаревшее социальное устройство, порождающее взаимную ненависть. Парадокс, но для верующих средством редукции агрессивных чувств может служить также образ дьявола («князя мира сего»), олицетворяющий это устройство. Именно такую функцию он и несёт в современном искусстве.

Индивидуализм

Болезнетворную крайность взаимоотношений с социумом обнаруживает человек, приверженный индивидуализму. Эта психологическая установка ставит своих приверженцев в положение одиночек, которые не могут удовлетворить естественную человеческую потребность в сопереживании и любви, выражающую эротически-целеустремлённую организацию жизни. Итогом является депрессия, сопровождаемая мыслями об абсурдности существования и допустимости тешить себя любыми способами. При этом жизнь зачастую заканчивается преждевременно – либо от злоупотребления чем-либо, например пищей, лакомствами; либо от использования противоестественных средств. Нередко конец абсурдному существованию кладёт суицид, то есть самоубийство. Всё это вполне очевидно. Гораздо менее очевидна связь между чрезвычайной распространённостью индивидуализма и принципом наживы, тогда как в действительности она является прямой. Как уже указывалось, по мере развития цивилизации и насыщения рынка товарами, предназначенными для удовлетворения натуральных потребностей, товаропроизводителям приходится всё больше преступать естественную ограниченность человеческой природы. При этом проповедь индивидуализма (под маской свободы!) суть, главным образом, общепринятый способ защиты от угрызений совести. Если человек признаёт в другом человеке своего брата и любит его, он не может действовать во вред: производить опасные для здоровья, сильно денатурированные продукты, развращать, травить алкоголем, та-

баком, наркотиками. Индивидуализм же как идеология позволяет всё это: «каждый отвечает лишь сам за себя!». Одним он позволяет ради корысти вредить, другим – быть жертвами. А то, что индивидуализм в корне противоречит целеустремлённости человеческой природы, вполне очевидно. Это важнейший фактор антропоптоза. Психокоррекционная практика должна быть направлена на возможно более широкое и полное осознание того, что в действительности человек – существо в высшей мере социальное. Жизнь следует строить на принципах коллективизма и любви.

Об укреплении целеустремлённой организации

Из всего изложенного явствует, что одним из общезначимых направлений психокоррекционной практики и может, и должно быть приведение образа жизни в соответствие формуле: «организм – целеустремлённая система». Проблема, однако, заключается в том, что на разных стадиях индивидуального развития целеустремлённая организация выглядит по-разному, и образ жизни должен быть приведён в соответствие генетическим особенностям именно той стадии, к которой человек относится по своему возрасту. В замысел этой статьи не входит изложение развёрнутой программы такой постадийной оздоровительной коррекции, поэтому ниже указаны лишь наиболее важные общие направления коррекции эротических установок.

Младенчество (от рождения до 1 года). На протяжении раннего детского возраста организм как система устремлён к достижению такого состояния, когда ребёнок окажется способным самостоятельно перемещаться в пространстве и употреблять в пищу не только материнское молоко, но и другие продукты. Младенческий образ жизни во всём опирается на мать, которая и должна организовать его с учётом основных особенностей этой стадии развития. Среди них одна из наиболее важных состоит в том, что для нормального развития истинно-человеческих психосоциальных способностей младенцу совершенно необходимо живое общение с матерью. Мать – это первый опыт любви, взаимного понимания, правильного восприятия физического и душевного тепла. Эротический опыт младенческих отношений с матерью сильнейшим образом предопределяет опредмечивание соответствующих прообразов во всех других возрастах. Современная культура почти повсеместно лишает младенцев материнской груди, подменяя её соской и суррогатами молока, опыта «вылизывания» анальной области, подменяя его памперсами. Имея возможность повлиять на поведение матери, психотерапевт должен доводить до неё мысль о крайней важности сохранения всех естественных отношений с грудным ребёнком.

Детство (от 1 года до 11 лет). В детстве организм как бы вырастает в окружающую среду, стремясь как можно полнее и качественнее приспособиться к ней на основе своих генетических задатков. Именно эта доста-

точно полная включённость в окружающий мир, приспособленность и к природной, и к культурно-социальной среде является целью развития на протяжении всего детства. Чем более условия жизни и воспитания ребёнка соответствуют этой цели, чем шире и полнее его общение с родителями, сверстниками и природой, тем более совершенной, целостной и прочной окажется психофизическая организация человека. Недолговечность наших современников, болезненность – во многом определены всевозможными отступлениями от означенной цели.

Что касается эротической стороны дела, то психоаналитическая практика давно сделала очевидной чрезвычайную важность адекватных отношений ребёнка с родителями и другими членами микросоциальной среды. Соответствующие психологические рекомендации широко известны, так что здесь уместно указать лишь на возможное значение психосоциальной депривации для развития скрытых форм аутодеструктивного поведения. Как известно, несчастные случаи, отравления и травмы являются главной причиной смерти детей начиная с 3 лет [8]. Есть основания предполагать, что в значительном проценте случаев такая гибель не случайна.

Подростково-юношеский возраст (от 11–12 лет до 20–21 года). Это период полового метаморфоза и созревания – подчинения всего организма половой функции.

Способность к деторождению формируется этапами, каждый из которых имеет свои физические и психологические особенности. В принципе они хорошо известны, однако, обсуждая возможность антропоптоза на этих этапах жизненного пути, представляется целесообразным хотя бы кратко коснуться их.

Изменение гормонального строя в начале подросткового возраста приводит к появлению неосознаваемого психосексуального напряжения, на основе которого и осуществляется сексуализация всего организма – подчинение его половой функции. При этом суть процесса состоит в следующем: психосексуальное напряжение является составной частью общего нервно-психического напряжения, которое в известной мере снижается от удовлетворения любой потребности, от осуществления любой жизненной функции. Поскольку же нервно-психическое напряжение, усиленное психосексуальным, субъективно тягостно, отроки имеют тенденцию бессознательно злоупотреблять теми или иными многочисленными функциями организма. Если такая тенденция выделяет какую-нибудь функцию из ряда других, это может создать проблему для более позднего развития. Так, например, в связи с нагнетаемым культом потребления всё чаще обнаруживается тенденция злоупотреблять лакомствами или вообще пищей, а это чревато ожирением, болезнетворной акселерацией. Если история с пищей затягивается, возможно формирование соответствующего извращения эротических влечений. Такое состояние, по сути, означает эроти-

ческую аутодепривацию со всеми вытекающими отсюда последствиями. Подобная бессознательная сосредоточенность, привязанность может иметь место и в отношении любой другой функции организма (дыхание, дефекация, мочеиспускание) – лишь бы это давало какое-то удовлетворение, облегчение. Поскольку опыт бессознательного обращения к различным жизненным функциям своего организма для уменьшения напряжения остаётся у каждого человека на всю жизнь, взрослый человек, в случае выраженной сексуальной неудовлетворённости, тоже может обращаться к нему. Зачастую именно так развиваются: ожирение, нарушения работы кишечника, урологические нарушения и другие психофизиологические расстройства. Учитывая всю важность данного этапа эротического развития, надо обязательно иметь в виду, что лучшим средством снижения нервно-психического напряжения в этом возрасте являются подвижные игры со сверстниками, предполагающие умеренные физические нагрузки. При этом риск болезнетворного извращения эротических влечений минимален, ибо индивид остаётся открытым для других людей и для общества. Худший, болезнетворный вариант снижения подспудного психосексуального напряжения предлагает подросткам современная массовая культура. Здесь едва ли не главной вредностью является порномузыка (греч. *πορνή* – блудница; *μουσική* – музыкальное искусство, пение) – музыка крайне сексуализированная, грохочущая, уродливая. Если подросток на протяжении всего периода становления половой функции прибегает к такому «искусству», есть серьёзный риск формирования своеобразной девиации эротических влечений, при которой уродливые музыкально-песенные конструкции становятся чем-то вроде полового партнёра. Поскольку при этом налицо ещё и психосоциальная депривация, есть основания полагать, что подобное извращение способно запустить антропоптоз. Суициды среди молодых людей становятся всё более частыми [9].

Кроме порномузыки, неосознаваемое психосексуальное напряжение эффективно снижают некоторые токсичные вещества, лекарства, наркотики, в частности, табак и алкоголь. Поэтому, если подросток начинает их употреблять, быстро формируется патологическая зависимость. Различные заболевания наркологического профиля в подростковом возрасте – это уже сейчас огромная проблема.⁹ Учитывая же, что производство и сбыт наркотиков, алкоголя, табака – одно из самых прибыльных занятий, можно легко представить себе, сколь велика угроза антропоптоза в форме соответствующих заболеваний.

На следующем этапе подросткового развития самое заметное явление – смещение интересов во внутренний план и эротические фантазии.

⁹ О динамике такой заболеваемости в России можно судить по данным диспансерного учёта [20]: если в 1991 г. на 100 тыс. населения приходилось всего 49 подростков 15–17 лет, злоупотребляющих наркотическими средствами, то в 1999 г. этот показатель составил уже 448 человек. Менее чем за 10 лет наблюдалось почти десятикратное увеличение (!).

Какими опасностями чреват этот этап? Если подросток воспитывается изолированно от сверстников и сверстниц, его фантазии могут оказаться оторванными от реальности. А ведь в более поздних возрастах каждый человек в какой-то мере руководствуется идеалами, которые были сформированы на этом этапе. Расхождение реальности с идеалом, если оно существенно, чреват целым рядом проблем в половом общении и, следовательно, – серьёзным расстройством здоровья. Доступность видеофильмов делает эту проблему весьма острой, ибо сейчас героями эротических фантазий очень часто становятся фантастические персонажи кино. Воспитывая подростков, нельзя изолировать их от живого человеческого общения со сверстниками и сверстницами. Интернет, разумеется, не заменяет такого общения, а подменяет его. Это тоже очень серьёзный риск.

Третий этап полового созревания – формирование собственно генитальной сексуальности. В этом возрасте человек начинает получать уже именно сексуальное удовлетворение и именно от обращения к половым органам. На двух предыдущих этапах удовлетворение достигается за счёт уменьшения нервно-психического напряжения (усиленного психосексуальным) путём бессознательного обращения к различным функциям организма: на первом этапе – к телесным, соматическим; на втором – к нервно-психическим. На третьем этапе удовлетворение происходит за счёт обращения уже к половым органам и осознание этого. Здесь довольно много «подводных камней», ибо та форма обращения к половым органам, которая становится привычной, – она же может оказаться и основной.¹⁰ Если обретенная привычка сильно противоречит естественной ориентации эротических влечений, со временем это может привести к вегетативной дисрегуляции, а в крайнем случае, вероятно, и к антропоптозу. Достаточное корректное половое просвещение и нормальное в сексуальном отношении окружение – задачи, решение которых всегда должно быть одной из явных забот родителей. А психотерапевт, осуществляющий консультирование семьи с подростком, должен указать им на это.

Формированием нормального полового чувства и достижением физического строения, характерного для взрослых людей, завершается период полового созревания, и человек вступает в новое состояние – зрелость.

¹⁰ «Как потребность в порнографии, так и потребность в мастурбации могут диагностироваться как симптомы психосексуальной задержки. Индустрия сексуальных удовольствий, заботясь об их восхвалении, продаёт их под маркой «прогресса». Индустрия просвещения способствует этому: объявляя поход против ханжества, она лицемерит, крича о «свободе от цензуры» и имея в виду свободу для торговли и выколачивания денег. К сожалению, из всего этого вытекает навязывание сексуального потребления, которое влечёт за собой резкое увеличение случаев нарушения потенции; ведь эти нарушения наступают обычно тогда, когда у пациента возникает чувство, что сексуальный акт – это достижение, которого ожидают и даже требуют от него, особенно тогда, когда это требование исходит от партнёрши» (Франкл В. Там же, с. 171).

Зрелость (с 21–22 до 50–55 лет). В зрелом возрасте весь организм как единое целое подчинён одной биологической цели – деторождению, поэтому здесь императивной является потребность в половой близости. Для организма зрелого человека половые соития как бы подтверждают нормальность его организации, поэтому, когда таких подтверждений нет, высшие регуляторные центры испытывают своеобразный дефицит информации и состояние в целом оказывается неустойчивым. Сексуальная неудовлетворённость в одних случаях располагает к многообразным телесным недугам, в других – к нервно-психическим нарушениям. Учитывая всё изложенное относительно антропоптоза, нетрудно понять, что в зрелом возрасте нормализация половой функции является обязательной предпосылкой любого лечения. При этом роль и значение психологической коррекции трудно переоценить.

Исходя из особенностей чувственного строения весь детородный период можно разделить на три этапа.

Первый этап относится ещё к юношескому возрасту, когда деторождение уже возможно, но зрелости нет. Этот этап характеризуется тем, что в организации своей жизни и своих отношений с половыми партнёрами человек довольно эгоистичен, ибо получает достаточное удовлетворение просто от соития в половом акте. А мучаются юноши от влюблённостей, которые они принимают за любовь. Ни в сексуальном эгоизме молодых людей, ни в их любовных мучениях особого риска для здоровья нет. Однако современная культура обуславливает чрезвычайную распространённость фиксации молодых людей на сексуальном удовлетворении как самоцели, а это нередко накладывает отпечаток на всю будущую супружескую жизнь.¹¹ Некоторый риск таится также в том, что на эту замечательную пору приходится вопросы о смысле и цели существования, определение собственного предназначения. Если обнаруженные ответы обеспечивают молодому человеку нормальную эротическую и социальную самореализацию, всё хорошо. К сожалению, как уже указывалось, в обстоятельствах кризиса современной цивилизации всё более широкое распространение получают взгляды, согласно которым жизнь абсурдна. Восприняв такую точку зрения, молодой человек сильно рискует войти путём психосоциальной аутодепривации в патогенное противоречие с собственной эротической и социальной природой. При необходимости психотера-

¹¹ По ряду понятных причин подобная фиксация чаще встречается среди мужчин, особенно среди тех, кто обрёл свой первый опыт с помощью проституток. Если такой мужчина «потом по-настоящему полюбит, он не сможет уже повернуть назад или, точнее, не сможет идти вперёд, не сможет больше прийти к нормальному отношению любящего к сексуальности. Для любящего сексуальный акт является телесным выражением душевно-духовной связанности; у такого же человека, для которого сексуальность является не средством выражения любви, а самоцелью, происходит известное неизлечимое разделение женщин на так называемый тип мадонны и тип проститутки, которое с давних пор создаёт множество проблем для психотерапевтов» (Франкл В. Там же, с. 162).

певтическая интервенция должна быть системной и осуществляться с эротически чётко выверенной позиции.

Второй этап относится к молодому зрелому возрасту. Он характеризуется тем, что человека перестают устраивать просто самоутверждение и секс: начинается поиск гармонии в личных отношениях, поиск любви. Если любовь оказывается безответной, дело, как известно, может заканчиваться антропоптозом. Сейчас этот риск существенно усилен господством индивидуализма и коммерческой размытостью представлений о границе между жизнью и смертью. Осуществляя психотерапевтическую помощь, надо обязательно учитывать данное обстоятельство.

Третий этап отличается от предыдущего тем, что при нормальном эротическом складе в этом возрасте доминирующим чувством становится чадолюбие, стремление иметь детей, когда даже любовные отношения оказываются неудовлетворительными, если они бесплодны. Рождение детей, их воспитание – вот основной вектор жизнедеятельности зрелого человека. К сожалению, сейчас в связи с проповедью и доминированием индивидуализма многие люди не ощущают естественной потребности в детях и это ставит их на грань антропоптоза. Адекватная психотерапевтическая помощь предполагает восстановление соответствия образа жизни естественному положению вещей.

Пожилой человек (от 50–55 до 70–75 лет). Этот этап жизненного пути начинается с климакса. Как известно, «климакс» (греч. κλιμακτηρ) буквально означает ступень, однако, вид ступени он имеет только у женщин, когда критически прекращается менструальный цикл и исчезает способность к зачатию. У мужчин соответствующая перестройка организма осуществляется сравнительно постепенно. На протяжении пожилого возраста и у женщин, и у мужчин постепенно угасает потребность в интимной близости, но остаётся, а порой усиливается потребность иметь рядом любимого человека и детей (внуков). Генетическое предназначение данной стадии развития, по всей видимости, заключается в трансляции накопленного жизненного опыта [16, с. 48–50]. Пожилой человек – это наставник для молодых, воспитатель внуков и социально активный гражданин. Риск антропоптоза, связанный с психосоциальной депривацией по линии этого естественного эротического компонента, существенно выше, если пожилой человек пытается сохранять организацию половой жизни, характерную для детородного возраста. Нет, половые соития возможны и естественны и в пожилом возрасте, но их частота должна соответствовать физиологическим возможностям организма. К сожалению, в обстоятельствах социально обусловленной невозможности эротической реализации сообразной возрасту (в роли наставника, активного гражданина), соития остаются для большинства единственной возможностью обнаруживать эротическую организацию жизни. Психокоррекционная практика должна быть направлена на восстановление естественного порядка.

Старость – это сакральный (от лат. sacer – *священный*) возраст. Есть основания полагать, что организация заключительной стадии развития выражает наличие в геноме нашего вида особого блока генов, детерминирующих способность человека постигать природу внутреннего единства Универсума и транслировать этот наиважнейший опыт более молодым. Исследование духовных реалий и мудрое содействие потомкам – вот что, по всей видимости, является целью и стержнем жизни в старости. Конечно, современное (коммерческое) устройство общества мало располагает к такому пониманию. Но содержательное сходство биографий известных духовных Учителей [1] свидетельствует в пользу именно этой точки зрения. Жизнь старца прекращается либо тогда, когда исчерпан резерв приспособительных возможностей организма и ему уже не справиться с накопленными поломками, либо когда духовная миссия завершена.

«Итак, с точки зрения психолога, не слишком важно, молод человек или стар... гораздо более важен вопрос, заполнены ли его время и его душа тем делом, которому данный человек может посвятить в данный момент свою жизнь... решающим является вопрос, который заключается в том, пробуждает ли эта деятельность в человеке, несмотря на его преклонный возраст, сильное желание быть – быть для кого-то или для чего-то» [18].

Заключение

Антропоптоз – явление закономерное, но не физиологическое, а патологическое, выражающее наличие той или иной эротической дисфункции. Если при этом есть запрос на психотерапевтическую помощь, такая должна быть выверена по эротическим и социальным ориентирам возрастной стадии пациента. Главное лечебно-профилактическое действие сводится к рациональной психотерапии, направленной на разъяснение целеустремлённой природы жизни и необходимости достаточно строго соответствовать особенностям своего возраста. Если решение вопроса того требует, врач должен принять на себя роль духовно-психологического наставника, который в состоянии ответить на любые мировоззренческие вопросы. Особенность гуманистической психотерапии, центрированной на генетических детерминантах человеческой организации, именно в том и заключается, чтобы сделать достоянием личности пациента эротические закономерности, возвышающие вид *Homo sapiens* над миром ограниченной животной природы. Реальность многолетнего пожилого возраста и не менее многолетней старости – два самых веских аргумента в пользу мнения о том, что человек – потенциально долгожитель. Каждый волен самостоятельно определить границы своего существования, а задача психотерапевта (духовно-психологического наставника) – всемерно содействовать обратившемуся за помощью в расширении границ. Антропоптоз – это поправимо!

Литература

1. *Бросс Ж.* Духовные учителя / Ж. Бросс ; пер. с фр. С. Васильевой, Н. Мультаули. – СПб. : Акад. проект, 1998. – 336 с.
2. *Быков В.Л.* Цитология и общая гистология (функциональная морфология клеток и тканей человека) / В.Л. Быков. – СПб. : СОТИС, 2002. – С. 97.
3. *Ерышев О.Ф.* Депрессии: проявления, лечение, профилактика / О.Ф. Ерышев, А.М. Спринц. – СПб. : Нева, 2005. – 96 с.
4. *К проблеме агрессивных и аутоагрессивных действий военнослужащих* / С.В. Литвинцев [и др.] // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб., 2000. – С. 167–168.
5. *Лососёвые* // Биол. энцикл. слов. / гл. ред. М.С. Гиляров. – 2-е изд. – М. : Сов. энцикл., 1989. – С. 330.
6. *Лушев Н.Е.* Прогнозирование суицидального риска больных алкоголизмом / Н.Е. Лушев // Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1986. – С. 131–136.
7. *Меннингер К.* Война с самим собой / К. Меннингер. – М. : ЭКС-МО-Пресс, 2000. – 480 с.
8. *Овчаров В.К.* Смертность / В.К. Овчаров, В.А. Быстрова // Бол. мед. энцикл. – 3-е изд. – М. : Сов. энцикл. – Т. 23. – С. 447.
9. *Помро К.* Суицидальное поведение в юношеском возрасте / К. Помро, М. Делорм [и др.] // Соц. и клин. психиатрия. – 1997. – № 3. – С. 63–68.
10. *Программированная клеточная гибель* / под ред. В.С. Новикова. – СПб. : Наука, 1996. – 276 с.
11. *Психология и психотерапия в России – 2000* : справ. изд. – СПб., 2000. – 251 с.
12. *Семёнов С.П.* Гуманистическая трансформация / С.П. Семёнов // Сб. докл. на ежегод. конф. междунар. коалиции «За Гуманизм!» (1991–2007 гг.). – СПб. : ТАТ, 2007. – 88 с.
13. *Семёнов С.П.* Книгочей. Когнитивная защита для читателей / С.П. Семёнов – 2-е изд. – СПб., ОАЗИС, 2000. – 220 с.
14. *Семёнов С.П.* Мотивационный анализ (психотерапевтическая версия) / С.П. Семёнов. – СПб. : ОАЗИС, 2001. – 544 с.
15. *Семёнов С.П.* Профилактика старения / С.П. Семенов. – СПб. : ИСТОК, 1993. – 141 с.
16. *Семёнов С.П.* Профилактика старения / С.П. Семенов. – 2-е изд. – СПб. : ОАЗИС, 2002. – 176 с.
17. *Скулачев В.П.* Старение организма – особая биологическая функция, а не результат поломки сложной живой системы: биохимическое обоснование гипотезы Вейсмана (обзор) / В.П. Скулачев // Биохимия. – 1997. – Т. 62, вып. 11. – С. 1394–1399.

18. Франкл В. Психотерапия на практике : пер. с нем. / В. Франкл – СПб. : Речь, 2001. – 256 с.
19. Швембергер И.Н. Апоптоз: роль в нормальном онтогенезе и патологии / И.Н. Швембергер, Л.Б. Гинкул // Вопр. онкологии. – 2002. – Т. 48, № 2. – С. 155.
20. Энтин Г.М. Алкогольная и наркотическая зависимость / Г.М. Энтин, А.Г. Гофман, А.П. Музыченко, Е.Н. Крылов. – М.: МЕДПРАКТИКА, 2002. – 328 с.
21. *Apoptosis: the Molecular Basis of Cell Death* / eds. L.D. Tamei, F.O. Corpe. – Cold Spring Harbor Lab. Press, 1991. – 321 p.
22. *Cannon W.B. Organization for physiological homeostasis* / W.B. Cannon // *Physiol. Rev.* – 1929. – Vol. 9. – P. 399.
23. *Farber M.L. Theory of Suicide* / M.L. Farber. – NY, 1968. – 115 p.
24. *Kerr J.F.R. Apoptosis: a basic biological phenomenon with wide-ranging implication in tissue kinetics* / J.F.R. Kerr, A.H. Wyllie, A.R. Currie // *Brit. J. Cancer.* 1972. – Vol. 26, N 4. – P. 239–257.
25. *Rinkenberger J.L. Errors of homeostasis and deregulated apoptosis* / J.L. Rinkenberger, S.J. Korsmeyer // *Curr. Opin. Genetics & Development.* – 1997. – Vol. 7. – P. 569–596.

А.К. Королев

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНОГО
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
(ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
И КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Одной из важнейших задач психотерапии в нашей стране является более полная интеграция психотерапии в медицину и здравоохранение, создание условий для освоения пространства охраны психического здоровья и широкого внедрения психотерапии для лечения и реабилитации психических расстройств [2, 3, 5, 9].

В последнее время мы наблюдаем значительные изменения в содержании деятельности врача-психотерапевта в России. Освоив достижения мировой психотерапии, российские психотерапевты вступили в новый период – творческого развития специальности с учетом особенностей здравоохранения, нынешней социально-экономической ситуации, отече-

ственной медицины и психологии, обращения к своим историческим корням [1, 8, 10].

Важнейшим стимулом для исследований содержания психотерапевтического процесса является усовершенствование организационной структуры психотерапевтической помощи в здравоохранении и различных ее форм: амбулаторной, стационарной и внебольничной. при понимании ведущего значения амбулаторной психотерапии.

Значение амбулаторной психотерапии, как основного системообразующего элемента всей психотерапевтической службы, еще больше возрастает в связи с проводимой реформой медицинской помощи в нашей стране, значительным изменением содержания психотерапевтической деятельности в целом, новой ролью психотерапевтических кабинетов в условиях первичной медицинской сети, их сотрудничество с врачами общей практики – семейными врачами [5].

Цель настоящего исследования состояла в изучении организационных, эпидемиологических и клинко-терапевтических аспектов деятельности амбулаторного психотерапевтического центра.

Материал и методы исследования

По результатам статистического учета работы психотерапевтического центра «Эйдос» с 1995 по 2006 г. изучены 6650 первичных консультаций. Все пациенты были распределены на клинко-статистические группы, по которым затем производилось изучение специфики и динамики первичных обращений за психотерапевтической помощью.

Клиническое обследование с изучением анамнеза, постановки диагноза и заполнением соответствующей медицинской документации (история болезни и др.) было проведено пациентам, которые остались в центре на психотерапевтическое лечение. Всего обследован 1731 пациент.

В работе использовались клинко-эпидемиологический, клинко-психопатологический и экспериментально-психологический методы.

1. Клинический метод. Для характеристики общей обращаемости за психотерапевтической помощью в специально разработанной карте фиксировались клинко-диагноз и диагноз по МКБ-10, форма и стадия заболевания, ведущий и сопутствующий синдромы, продолжительность расстройства, причины обращения, содержание и характер проводимой терапии (планируемая и реальная индивидуальная психотерапевтическая программа), общая эффективность лечения.

В катamnестической карте, кроме того, фиксировались общая оценка самочувствия и выраженность симптоматики на момент катamnестического обследования, особенности и динамика социального функционирования после проведенного лечения, краткий самоотчет пациента о причинах изменения состояния и понимании им роли психотерапии и личностных изменений состояния его личностного и социального функциониро-

вания, тип и количество обращений за медицинской и психологической помощью в катамнестическом периоде.

2. *Экспериментально-психологический метод.* Оценка степени выраженности невротической симптоматики изучалась при помощи опросника Е. Александровича. Опросник состоит из 138 утверждений, отражающих характерную для невроза симптоматику и ее динамику в процессе психотерапии.

Для определения мотивации при обращении применялся опросник, разработанный в Варшавском психоневрологическом институте; для выявления интрапсихических механизмов неврозов – опросник С. Ледера и сотр.; для изучения стадии психотерапии – опросник URIKA Дж. Прохазки и сотр.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи компьютерной программы Statistica 6.0.

Организация амбулаторной психотерапевтической помощи в г. Тольятти и психотерапевтическом центре «Эйдос»

До 1995 г. в Тольятти психотерапевтическая помощь осуществлялась кабинетами психотерапии в территориальных общесоматических поликлиниках. Последующие изменения структуры психотерапевтической помощи и сокращение числа психотерапевтических кабинетов в территориальных общесоматических поликлиниках с 12 в 1995 г. до шести в 1998 г., а позже до четырех в 2000 г. и одного в 2003 г., были обусловлены реформированием системы городского здравоохранения. В настоящее время в г. Тольятти функционируют шесть психотерапевтических кабинетов и центров: один – государственный на базе городского психоневрологического диспансера, все остальные психотерапевтические кабинеты и центры функционируют как негосударственные юридические лица, из них: один – на базе медсанчасти Волжского автомобильного завода, один – на базе городской поликлиники, четыре – размещаются в самостоятельных помещениях на условиях долгосрочной аренды или собственности. Кроме того, психотерапевтическая служба г. Тольятти включает в себя также 8 кабинетов медицинских (клинических) психологов, работа которых курируется врачами-психотерапевтами психотерапевтических кабинетов.

Необходимость оказания психотерапевтической помощи жителям города побудила группу специалистов создать негосударственный психотерапевтический центр, в котором по настоящее время проводится амбулаторная психотерапевтическая помощь. Учитывая значительную роль, которую психотерапевтический центр начал играть с момента своего создания и возросший объем задач, в 1999 г. решением Департамента здравоохранения Мэрии г. Тольятти он стал выполнять функции городского психотерапевтического центра, а его руководитель (автор статьи) – главного внештатного специалиста по психотерапии. В штате центра работа-

ют три врача-психотерапевта, пять медицинских (клинических) психологов и два психолога (их функции – обработка и организация потока обратившихся пациентов).

Функциями и задачами психотерапевтического центра являются:

- оказание амбулаторной помощи пациентам, обращающимся в лечебно-профилактические учреждения города по вопросам психотерапии и медицинской (клинической) психологии;

- координация деятельности психотерапевтической, медико-психологической службы на территории города, содействие в работе психотерапевтическим кабинетам лечебно-профилактических учреждений, кабинетам медицинских (клинических) психологов;

- подготовка инструктивно-методических материалов;

- организация обучения и повышения квалификации врачей-психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов, подготовка супервизоров.

Клиническими задачами центра являются:

- проведение дифференциально-диагностических психотерапевтических мероприятий;

- внедрение в практику новейших достижений в области психотерапии и медицинской (клинической) психологии;

- научно-исследовательская работа по вопросам психотерапии и медицинской (клинической) психологии.

Клиническая (психотерапевтическая) и научно-организационная деятельность психотерапевтического центра осуществляется на хозрасчетной основе.

Клинико-эпидемиологические исследования

В специально разработанной анкете для впервые обратившихся на предварительную консультацию пациентов фиксировались жалобы, причина обращения, длительность затруднений. На основании первичных клинических бесед и применения соответствующих методов математической статистики, были выделены следующие клинико-статистические психотерапевтические группы пациентов:

- без патологии, обратившиеся по поводу родственника, нуждающегося в психотерапии;

- с психологическими затруднениями;

- с расстройствами адаптации;

- с расстройствами адаптации на фоне акцентуации личности;

- с личностными расстройствами;

- с невротическими расстройствами;

- с патологическими зависимостями;

- с другими пограничными расстройствами;

- с психическими расстройствами;

- с психосоматическими заболеваниями;
- с другими заболеваниями, в том числе коморбидными состояниями.

Клиническая характеристика всех пациентов по МКБ-10 представлена в таблице.

Таблица

Клинические характеристики пациентов, обратившихся в психотерапевтический центр «Эйдос» г. Тольятти

Клинический диагноз по МКБ-10	Количество пациентов	% от общего количества
<i>Органические, включая симптоматические, психические расстройства:</i>	28	2,0
F06.3 – органические аффективные расстройства	2	
F06.4 – органическое тревожное расстройство	11	
F06.6 – органическое эмоционально лабильное расстройство	9	
F06.7 – легкое когнитивное расстройство	2	
F07.0 – органическое расстройство личности	3	
F07.2 – посткоммоционный синдром	1	
<i>Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ</i>	181	13,2
F10.2 – синдром зависимости (алкоголь)	92	
F12.2 – синдром зависимости (героин)	59	
F12.2 – синдром зависимости (каннабиоиды)	5	
F13.2 - синдром зависимости (барбитураты)	2	
F17.2 – синдром зависимости (табак)	9	
F18.2 – синдром зависимости (летучие растворители)	3	
F19. – синдром зависимости (сочетанное употребление)	11	
<i>Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства</i>	69	5,0
F20.04 – параноидная шизофрения, неполная ремиссия	45	
F20.05 – параноидная шизофрения, полная ремиссия	18	
F20.41 – постшизофреническая депрессия	6	
<i>Аффективные расстройства настроения</i>	16	1,2
F32.0 – легкий депрессивный эпизод	11	
F32.1 – умеренный депрессивный эпизод	4	
F34.0 – циклотимия	1	
<i>Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства</i>	916	66,8
F40.1 – социальные фобии	10	
F40.2 – специфические фобии	7	
F40.8 – другие тревожно-фобические расстройства	1	

Клинический диагноз по МКБ-10	Количество пациентов	% от общего количества
F41.0–F41.3 – паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, другие смешанные тревожные расстройства	222	
F41.9 – тревожные расстройства неуточненные	4	
F42.0 – F42.2 – навязчивые мысли, компульсивные действия, смешанные обсессивные мысли и действия,	20	
F42.8 – другие обсессивно-компульсивные расстройства	3	
F42.9 – обсессивно-компульсивные расстройства, не уточненные	1	
F43.0 – острая реакция на стресс	99	
F43.1 – посттравматическое стрессовое расстройство	110	
F43.20 – кратковременная депрессивная реакция	116	
F43.21 – пролонгированная депрессивная реакция	38	
F43.22 – смешанная тревожная и депрессивная реакция	45	
F43.23 – с преобладанием нарушения других эмоций	20	
F43.24 – с преобладанием нарушения поведения	17	
F43.25 – смешанное расстройство эмоций и поведения	8	
F45.0 – соматизированное расстройство	53	
F45.2 – иппохондрическое расстройство	43	
F45.30 – соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы	10	
F45.(31–32) – соматоформная вегетативная дисфункция верхней и нижней части желудочно-кишечного тракта	7	
F45.33 – соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы	2	
F45.34 – соматоформная вегетативная дисфункция урогенитальной системы	1	
F45.4 – хроническое соматоформное болевое расстройство	1	
F48.0 – неврастения	76	
F48.1 – синдром деперсонализации – дереализации	2	
<i>Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами</i>	<i>132</i>	<i>9,6</i>
F50.0 – нервная анорексия	22	
F50.2 – нервная булемия	8	
F50.5 – рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями	4	
F51.0 – расстройство сна неорганической природы	16	
F51.9 – расстройство сна неорганической природы, неуточненное	3	
F52.0 – отсутствие или потеря полового влечения	22	

Клинический диагноз по МКБ-10	Количество пациентов	% от общего количества
F52.10 – сексуальное отвращение	5	
F52.11 – отсутствие сексуального удовлетворения	12	
F52.3 – оргазмическая дисфункция	12	
F52.4 – преждевременная эякуляция	14	
F53.0 – легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом	12	
F55.2 – злоупотребление веществами не вызывающими зависимости (анальгетики)	2	
<i>Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых</i>	29	2,1
F60.1 – шизоидное расстройство личности	5	
F60.30 – эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип	6	
F60.4 – истерическое расстройство личности	10	
F60.5 – ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности	7	
F63.0 – патологическая склонность к азартным играм	1	
Всего	1371	100

При изучении контингентов, обратившихся в психотерапевтический центр, установлено, что их число обнаруживает определенную волновую динамику, включающую в себя периоды нарастания и спадов. Часть волнообразных колебаний количества обращающихся напрямую связана с календарными характеристиками рабочего года, отпускных и праздничных традиций. В частности, на протяжении 12 лет выявлены типичные периоды подъема – с апреля по май и с сентября по ноябрь, и периоды спада – с декабря по февраль и с июня по август. Такая динамика определялась на протяжении всего времени наблюдения и по результатам статистической обработки обнаруживает высокую надежность (с учетом статистического критерия гармоничной функции) и соответствует статистической значимости принятой в медицинских исследованиях ($p < 0,05$).

Часть колебаний потока обращений за психотерапевтической помощью обуславливается социально-экономическими факторами. Например, были зарегистрированы нетипичные спады обращений, произошедшие после приостановки Волжского автомобильного завода и ряда его производственных комплексов в 1998, 2004 и 2006 гг. Эти спады в целом продолжались по 3–6 мес., затрагивали соответственно 10, 12 и 14 % от общего числа пациентов. Как правило, после каждого такого спада отмечался нетипичный подъем первичных обращений, который в то же время не компенсировал общего их количества.

Еще одной причиной колебания числа обратившихся были спланированные рекламные компании психотерапевтического центра, которые в 2000, 2001 и в 2005 гг. отмечались повышением общего числа пациентов в течение первых 2–3 мес. на 4–6 %, но в целом не изменивших общие календарные характеристики спадов и подъемов.

Наряду с периодическими колебаниями у лиц, впервые обратившихся за медицинской помощью, отмечалась и специфическая динамика в структуре клинико-статистических групп. Так, на протяжении всего времени регистрации первичного потока выявлено постепенное уменьшение доли практически здоровых с 52 % в 1996 г. до 33 % в 2006 г. Такая динамика, возможно, определяется в основном лечебной, а не консультационной работой психотерапевтического центра.

Другими специфическими особенностями динамики клинико-статистических групп являются: значительное возрастание пациентов с различными типами зависимостей с 11,2 % в 1997 г. до 32 % в 2001 г., а затем их резким снижением до 5,1 % в 2004 г.; нетипичная кривая колебаний обращений пациентов с психосоматическими расстройствами; меньшая сглаженность календарных колебаний первичных обращений пациентов с психическими расстройствами; всплески обращений пациентов с пограничными расстройствами (например нервной анорексии); повышение относительной частоты обращений пациентов с расстройствами адаптации.

Наиболее часто обращались в центр пациенты с невротическими расстройствами, связанные со стрессом (панические, генерализованные и смешанные тревожные и депрессивные расстройства), и соматоформные расстройства. Они составляли 66,9 % от общего количества пролеченных лиц (см. табл.).

Второй значимой группой является группа больных с зависимостями (13,2 %, см. табл.). Доля их постепенно уменьшается. В структуре пациентов с зависимостями, начиная с 2003 года, резко уменьшилось число лиц с героиновой наркоманией и увеличилось – с нехимическими зависимостями. В целом отмечается уменьшение числа пролеченных пациентов с зависимостями (в том числе алкогольной) на протяжении последних четырех лет.

Следующая по величине клиническая группа – пациенты с поведенческими нарушениями, связанными с физиологическими и физическими факторами (9,6 %). Число таких пациентов постепенно увеличивается.

Значительную долю пациентов, проходящих лечение в психотерапевтическом центре, составляли больные шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (5,0 %). В структуре этой группы преобладали параноидные варианты в состоянии неполной ремиссии. Такие пациенты обращались чаще вместе с родственниками, длительно лечились

психофармакотерапевтическими препаратами и имели высокую мотивацию к психосоциальной адаптации (см. табл.).

Относительно незначительную часть составили пациенты с диагнозом органического заболевания (2,0 %). Среди них наиболее частыми были органические тревожные и органические эмоционально-лабильные расстройства (см. табл.). Аффективная и личностная патология и личностные расстройства выявлены у 1,2 % пациентов (см. табл.).

Система амбулаторной психотерапевтической помощи, разработанная в психотерапевтическом центре «Эйдос»

За годы работы амбулаторная психотерапевтическая помощь в психотерапевтическом центре сложилась в систему. Были определены организационные принципы работы, нагрузка на врача-психотерапевта, медицинского (клинического) психолога, налажено взаимодействие с государственными (муниципальными) и негосударственными лечебно-профилактическими учреждениями. Предложена документация для более подробной фиксации всех компонентов амбулаторной психотерапевтической помощи, определены мишени психотерапевтических воздействий, разработаны ориентиры индивидуальных психотерапевтических программ для пациентов различных клинических групп, критерии оценки эффективности работы, что позволило более четко структурировать и оценивать деятельность специалистов.

С самого начала своей деятельности специалисты психотерапевтического центра выбрали психотерапию в качестве ведущего метода лечения, который применяется для всех обращающихся больных, включая пациентов с личностными расстройствами и психотическими состояниями. Работая в тесном сотрудничестве с психиатрической службой, психотерапия, проводимая сотрудниками центра, была интегрирована в комплексное лечение психозов, при котором психофармакотерапия проводилась психиатрами. В случае первичного обращения пациентов с психическими расстройствами, требующими психофармакотерапевтического лечения, администрация психотерапевтического центра либо приглашала к себе врача-психиатра психиатрической службы, либо направляла пациентов на консультацию к врачу-психиатру для получения рекомендации на психотерапевтическое лечение. В таких случаях ведение больных осуществлялось на бригадной основе совместно врачами-психотерапевтами психотерапевтического центра и врачами-психиатрами городского психоневрологического диспансера. За все время работы центра было осуществлено пять госпитализаций пациентов в психиатрическую клинику, три из которых были принудительными по отношению к пациентам с ауто- и гетероагрессивными тенденциями.

В отличие от традиционных моделей осуществления амбулаторной психотерапевтической работы, еще зачастую практикующейся в государ-

ственных (муниципальных) психотерапевтических кабинетах, когда все мероприятия проводит один врач-психотерапевт, с учетом широкого спектра клинических форм пациентов психотерапевтического центра (см. таблицу) более эффективной и целесообразной оказалась амбулаторная психотерапия, осуществляемая многопрофильной бригадой специалистов, в которой объемы бригадного сотрудничества определялись клиническим состоянием пациентов. Основными моделями бригадного ведения амбулаторной психотерапии в наших условиях были психотерапевтические бригады:

- в составе врача-психотерапевта (с хорошей психиатрической подготовкой и стажем психиатрической работы более 10 лет) и медицинского (клинического) психолога;

- с приглашением врача-психиатра при лечении психозов;

- с участием специалиста по применению вспомогательных методов психотерапии (как правило, медицинского (клинического) психолога по арт-терапии, телесно-ориентированной психотерапии, танцевально-двигательной психотерапии и др.) для лечения затяжных невротических и личностных расстройств;

- для дневного пребывания пациентов в кризисном состоянии в связи с утратой или резким изменением социального функционирования;

- с приглашением на заключительных этапах лечения специалиста по коучингу – современной модели трудовой адаптации.

При проведении психотерапии чаще всего использовались сочетания методов и техник различных психотерапевтических направлений, объединенных единой задачей и организационной структурой работы, т. е. подобная психотерапия изначально носила комплексный характер. Основой интеграции всех элементов психотерапевтической программы во всех случаях являлась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Система психотерапии в психотерапевтическом центре включает:

- 1) отбор лиц, обратившихся за психотерапевтической помощью, с учетом мотивации пациента, выбора специалиста, четкого предъявления жалоб и запроса на психотерапевтическую помощь. Причинами отказа в психотерапевтической помощи могут быть, в частности, отсутствие понимания необходимости психотерапии (отсутствие объекта психотерапии), которое может выражаться в констатировании жалоб с неверным указанием источника собственного расстройства (непослушный ребенок, алкоголизирующийся родственник), острое психотическое состояние, острое соматическое заболевание, низкий интеллектуальный уровень;

- 2) подготовку к психотерапии и заключение психотерапевтического контракта (пояснение пациенту сути психотерапевтической работы, определение глубины вмешательства, определение целей, задач, мишеней психотерапии; формы взаимодействия: индивидуальная, групповая,

семейная психотерапия, их сочетание; частота и продолжительность сессий; условия отмены сессий; финансовая сторона лечения);

3) терапевтическую интервенцию;

4) реконструкцию системы отношений, моделей поведения, способов эмоционального реагирования, смыслов;

5) завершение психотерапии: формирование конструктивных планов на будущее.

Первоначально работа в психотерапевтическом центре (1995–1999 гг.) характеризовалась следующими данными. Из всех обратившихся за психотерапевтической помощью после первичной консультации более 70 % пациентов с различными типами расстройств либо не начинали лечение, либо прерывали его на ранних этапах. С целью улучшения функционирования психотерапевтического центра была проведена алгоритмизация психотерапевтической помощи экспертным и опытным путями и введены следующие показатели работы: первичное обращение по телефону с целью получения информации и записи на первичную консультацию (Т) и первичные консультации, не являющиеся психотерапией и не оплачиваемые пациентами (ПК). Следующим элементами были: первая психотерапевтическая (рабочая и оплачиваемая) встреча (П-1); психодиагностическая встреча медицинского (клинического) психолога (ПД); 5-я психотерапевтическая встреча (П-5) и 10-я психотерапевтическая встреча (П-10). При этом получены такие показатели: из 100 обратившихся по Т на ПК записывалось ($52,0 \pm 2,5$) % пациентов; из 100 пациентов, пришедших на ПК, только ($42,0 \pm 3,1$) % обращались на П-1. До П-5 доходили только 12 % от всех обратившихся на прием, а к П-10 – только 2,5 %. В связи с малочисленностью лиц, остававшихся на психотерапии, о клинико-психологическом исследовании для оценки результативности работы в динамике не могло быть и речи.

Основной причиной таких низких показателей являлся экономический фактор. В психотерапевтическом центре прием платный и пациенты ожидали более высокого качества помощи. Имело значение несовершенство организации работы с пациентами. Для улучшения ее качества были проведены следующие изменения:

1) вместо медицинской сестры, обслуживающей первичные обращения по телефону, введены должности психологов, которые имели специальную подготовку по профессиональной коммуникации и должны были мотивировать пациентов для обращения на ПК. Кроме того, были изъяты их обязанности по описанию предстоящей психотерапии, поскольку не ясны были ожидания пациентов, не была проведена клиническая и психологическая диагностика, не был определен функциональный диагноз;

2) ПК завершалась стратегическим психотерапевтическим контрактом, в целом описывающим предстоящий этап работы (диагностика, интервенция и пр.), ответственность пациента и психотерапевта, глубину

вмешательства, временные и финансовые аспекты индивидуальной психотерапевтической программы;

3) индивидуальная психотерапевтическая программа формировалась в течение всего диагностического этапа и согласовывалась с пациентом. После ее принятия пациент знал предполагаемую продолжительность лечения, необходимость сочетания индивидуальной, семейной и групповой форм психотерапии, участия в группах дневного пребывания, поддерживающей психотерапии и т. п.;

4) направление пациента к другим специалистам проводилось только в условиях очного знакомства в присутствии лечащего врача.

В результате проведенных мероприятий показатели деятельности психотерапевтического центра значительно улучшились, что привело к увеличению объема психотерапевтической работы. При введении в действие этого алгоритма были получены такие показатели: из 100 обратившихся по Т на ПК записывалось ($58,0 \pm 2,2$) % пациентов (больше на 6 %); из 100 пациентов, пришедших на ПК, уже ($63,0 \pm 2,1$) % приходили на П-1 (больше на 21 %). На этапе П-5 оставалось уже 46,2 % от всех обратившихся на прием (больше на 34,2 %), а к П-10 их было 7,5 % (больше на 5 %).

Для объективизации степени симптоматического улучшения пациентов с невротическими расстройствами использован опросник Е. Александровича. Сравнивались средние величины показателей в начале лечения в психотерапевтическом центре после завершения индивидуальной психотерапевтической программы у 50 пациентов с невротическими расстройствами. Значительное улучшение средних значений по всем шкалам опросника (коэффициент различий по Стьюденту $p < 0,001$) свидетельствует о высокой эффективности проводимого лечения.

Отмечено следующее снижение средних суммарных значений симптоматического опросника по шкалам: общая сумма баллов – на 40,0 %, страх и фобии – на 46,1, депрессивное расстройство – на 37,0, беспокойство, напряжение – на 58,0, нарушения сна – на 44,5, истерические расстройства – на 44,2, неврастенические расстройства – на 46,0, сексуальные расстройства – на 22,9, дереализация – на 36,7, навязчивости – на 40,5, трудности в социальных контактах – на 29,4, ипохондрические расстройства – на 27,1, психастенические нарушения – на 28,7, соматические нарушения – на 39,5 %.

Несмотря на выраженное снижение показателей по всем шкалам опросника, можно констатировать, что более существенно уменьшаются значения, отражающие преимущественно острую невротическую симптоматику – беспокойство и напряжение, фобии, астенические, истерические и депрессивные расстройства и др. Проявления, характеризующие затяжную картину невроза, определенные личностные изменения, такие как ипохондрические и психастенические нарушения, так же как и признаки, описывающие межличностную проблематику пациентов (трудности в со-

циальных контактах) элиминировались в меньшей степени и более медленными темпами.

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства / А.Ю. Александровский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.
2. *Дмитриева Т.Б.* Социальная психиатрия : руководство для врачей / Т.Б. Дмитриева [и др.]. – М. : Медицина, 2001. – 558 с.
3. *Кабанов М.М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психотерапия / М.М. Кабанов. – СПб., 1998. – 255 с.
4. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы : руководство / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
5. *Клиническая психотерапия в общей врачебной практике* / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2008. – 540 с.
6. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М. : Медицина, 1979. – 608 с.
7. *Лакосина Н.Д.* Неврозы, невротическое развитие личности / Н.Д. Лакосина, М.М. Трунова. – М. : Медицина, 1984. – 192 с.
8. *Назыров Р.К.* Динамика психотерапевтической помощи в Российской Федерации в условиях реформирования здравоохранения / Р.К. Назыров // Психоневрология в современном мире. – СПб. : Из-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. – С. 265–266.
9. *Незнанов Н.Г.* Проблема комплайенса в клинической психиатрии / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакология. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.
10. *Чуркин А.А.* Состояние и перспективы эпидемиологии психических расстройств в России / А.А. Чуркин // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. – М. : Изд-во НЦ им. В.П. Сербского, 1996. – С. 88–91.

НЕСОВРЕМЕННАЯ ФИЛОСОФИЯ ПСИХОТЕРАПИИ: РАЗМЫШЛЕНИЯ

Восточно-Европейский институт психоанализа, Санкт-Петербург

Многие психотерапевты не питают особой склонности к изучению истории философии – матери нашей специальности, считая, что психотерапия, как самостоятельная область знаний и практики, появилась только в конце XIX в. (что справедливо лишь отчасти), а в итоге их профессиональное мировоззрение оказывается оторванным от своих корней и, в силу этого – достаточно фрагментарным. Это особенно печально, так как в процессе психотерапии мы все чаще встречаемся с проблемой смыслов, точнее – их утраты, и эта «психопатология», вне сомнения, лежит далеко за пределами наших традиционных взглядов.

В данной статье мы попытаемся пройти (точнее – пробежать) по достаточно извилистой тропе познания и представлений о духовном и психическом, естественно, апеллируя только к известным (оставшимся в веках) авторитетам, и то далеко не ко всем, а лишь к тем, которые когда-то оказались в кругу интересов автора.

Большинство просвещенных читателей хорошо знают эти имена, а многие, уверены, хотя бы раз в жизни просматривали их труды, но тогда смотрели на них исключительно через призму грубого материалистического мировоззрения и в результате многое осталось «за кадром». Попробуем еще раз, насколько это возможно, обратиться хотя бы к некоторым из множества далеко небезупречных, иногда предельно примитивных, но тем не менее в чем-то поразительных и даже восхитительных идей великих мыслителей. Естественно, что будут рассматриваться не все их идеи, а только те, которые имеют отношение к духовному и психическому. Поскольку 99 % современных авторов так или иначе, прямо или косвенно пытаются обосновать и утвердить недоказуемое, что никакой души не существует, нам представляется столь же актуальным обратиться к не менее недоказуемой (и столь же – неопровержимой) идее о несводимости всей духовной жизни к ограниченному понятию «психических процессов».

Сократ и Платон

Сократ (469–399 гг. до н. э.) происходил из семьи безвестного скульптора, служил в армии, проповедовал на улицах и площадях. Нам мало известно о его образовании, но он остался в памяти Человечества, как выдающийся философ Античности и истинный мудрец. Более того, одно из самых фундаментальных делений философии связано с его именем: на до- и после- сократову. Несмотря на обилие тем, обсуждавшихся в

устных (записанных позднее и, безусловно, дополненных) диалогах Сократа, одними из главных для него оставались вопросы воспитания добродетели, рассуждения о том, что есть добро и зло, что прекрасно, а что безобразно, что есть порок и как приобретается знание. Естественно, что достоверность или аутентичность сохранившихся записей достаточно сомнительна, но они передают доминирующее мировоззрение той эпохи, когда влияние Сократа было фактически всеобъемлющим.

Один из ключевых тезисов сократовой философии нам особенно близок, а именно – его этический рационализм, выражаемый формулой: «Добродетель – есть знание», который в современную эпоху стоило бы дополнить тезисом о том, что далеко не всякое знание – добродетельно.

Не претендуя на сократову мудрость, готовы подписаться под его убеждением, что сам он «ничего не знает» и, чтобы стать мудрым, расспрашивает других людей, что в общем-то составляет основное содержание деятельности большинства психотерапевтов, впрочем, как и всех, кто стремится к познанию. Свой метод собеседования Сократ именовал «повивальным искусством», имея в виду, что только способствует «рождению» знания, но сам не является его источником. И это также легко проецируется на те принципы психотерапии, которые исповедуются нами уже давно: «И проблема, и способ ее решения всегда принадлежат пациенту, а наша задача – только помочь осознать первое и найти второе».

Если анализировать диалоги Сократа с точки зрения методики их построения, то и здесь легко найти многое из того, что в настоящее время описываются как психотерапевтические техники. Сократ активно использует опровержение с последующим приведением собеседника к противоречию с отвергаемым, проявляет притворное неведение, «отзеркаливание» вопросов и уход от прямых ответов, а также тонкую иронию, которая заставляет задуматься.

Одна из ключевых идей Сократа состоит в том, что любой поступок только тогда имеет моральный смысл, когда человек совершает его осознанно и по внутреннему убеждению. Если же он ведет себя определенным образом только потому что, например, «все так делают» – то в случае, если все станут вести себя плохо – не будет причин быть добродетельным. Указанный тезис находит прямое подтверждение в современном обществе упадка нравов и массовой «культуры».

По Сократу норма нравственности должна быть автономной и нельзя в вопросах истины и добра полагаться на мнение большинства. Здесь уместно напомнить, что это критическое изречение было связано с оценкой наличной власти – афинской демократии и практике принятия государственных решений большинством голосов. Эта же «антигосударственная критика» фигурировала и в качестве одного из обвинительных заключений в процессе суда над «диссидентом» Сократом. Как известно, суд вынес ему смертный приговор, по официальной версии – за попытку вве-

дение новых божеств и за развращение молодёжи. И это также имеет отношение к обсуждаемой нами теме психического расстройства, нормальности и ненормальности, психического и духовного, а именно – еще раз обосновывает тезис: «Мыслить нестандартно – не только непохвально, но и опасно».

Из немногих, дошедших до нас в пересказах, диалогов Сократа, нам более других известен и нравится «Федон», записанный одним из его выдающихся учеников и будущим учителем Аристотеля – Платоном (428–347 гг. до н. э.), который в отличие от Сократа был весьма знатного происхождения (его отец был из рода афинского царя, а мать – из рода Солона, одного из «Семи мудрецов»). Почти все сочинения Платона написаны в форме диалогов, которые ведет Сократ. Приведем лишь несколько высказываний Сократа из сочинения «Федон». Обсуждая трудности на пути познания душевной жизни, Сократ говорит:

«... Когда душа пользуется телом, исследуя что-то с помощью зрения, слуха или какого-нибудь иного чувства (ведь исследовать с помощью тела и с помощью чувств – это одно и то же!), тело влечет ее к вещам, непрерывно изменяющимся, и от соприкосновения с ними душа сбивается с пути, блуждает, испытывает замешательство и теряет равновесие ... Когда же она ведет исследование сама по себе, она направляется туда, где все чисто, вечно, бессмертно и неизменно, и так как она близка и сродни всему этому, то всегда оказывается вместе с ним, как только остается наедине с собой и не встречает препятствий. Здесь наступает конец ее блужданиям, и в непрерывном соприкосновении с постоянным и неизменным она и сама обнаруживает те же свойства. Это ее состояние мы называем разумением ...».

Главный вывод из этого тезиса, который нам пригодится при дальнейшем обсуждении, состоит в том, что *мы никогда не можем сколько-нибудь объективно судить о душевных процессах, которые лежат в основе всех психических и поведенческих феноменов (и симптомов), на основе наблюдений других людей посредством «тела и с помощью чувств».* Именно этим тезисом можно было бы обосновать появление такого направления как «интроспективная психология», считающая сознание сугубо психическим феноменом, познание которого возможно только путем самонаблюдения, и признающее, что *психические явления в целом познаются принципиально иным путем, чем материальные.* В советский период это направление именовалось не иначе, как «реакционное» или как «буржуазная философия», и фактически было вычеркнуто из перечня возможных методов исследования и направлений развития психологии и психотерапии.

Конечно, приведенная цитата и авторитет Сократа не могут быть использованы как доказательство некой особой «души», уже хотя бы, потому что и доказательство обратного, в принципе столь же нереально. Но

хотели бы все-таки зародить у читателя сомнение относительно того, что познание мира *принципиально иным (вне-чувственным)*¹ путем невозможно. И поэтому, приведем еще одну цитату Сократа из «Федона», но предварительно напомним, что в то время, когда жили и Сократ, и Платон (IV в. до н. э.), господствовали представления о Земле, как центре Вселенной – некой тверди, вокруг которой вращаются Солнце, Луна и звезды. Птолемей (87–165 гг.) – автор геоцентрической картины мира, родился только в конце I в. н. э., а автор гелиоцентрической системы мира Николай Коперник (1473–1543 гг.) – только в XV в. А теперь обещанная цитата:

«... Земля, если взглянуть на нее сверху, похожа на мяч, ... пестро расписанный разными цветами. Краски, которыми пользуются наши живописцы, могут служить образчиками этих цветов, но там вся Земля играет такими красками, и даже куда более яркими и чистыми. В одном месте она пурпурная и дивно прекрасная, в другом – золотистая, в третьем – белая – белее снега и алебаstra; и остальные цвета, из которых она складывается, такие же, только там их больше числом и они прекраснее всего, что мы видим здесь. И даже самые [глубокие] ее впадины, хоть и наполнены водою и воздухом, окрашены по-своему, и ярко блещут пестротой красок, так что лик ее представляется единым, целостным и вместе нескончаемо разнообразным».

Чтобы сравнить, можно посмотреть оригиналы или хотя бы репродукции фото, которые впервые были сделаны из космоса только через 2000 лет. И подумать – откуда у Сократа это знание?

Представления Платона современным, воспитанным на материалистических гипотезах читателям, скорее всего, покажутся странными. Например, на вопрос о том, как верно следовало бы понимать, что такое Солнце, Земля, Луна или звезды, Платон отвечает, что было бы наивно сводить их только к неким материальным объектам. Эти объекты могут только принять движение, но не являются его источником. Источник движения находится вне их и именно этот источник Платон называет душой. Это, конечно, слишком примитивное объяснение. И наши рассуждения вовсе не преследуют цель доказательства идей Платона. Здесь формулируются лишь сомнения о несводимости всего многообразия душевных процессов к тому, что мы именуем психическим и мозгом, и, надеюсь, никто не подумает, что, когда мы говорим о душе, речь идет о некоем благообразном старце с нимбом над головой, сидящим где-то на небесах.

В свое время нам достало смелости спросить искренне уважаемого преподавателя философии профессора В.П. Петленко, как можно объяс-

¹ Вне-чувственное познание в философии обозначается термином трансцендентное (от лат. – переступить), которым описывается (в противоположность имманентному) то, что находится за границами сознания. Этот термин имеет важное значение в философии Канта, который считал, что познание не способно проникнуть в трансцендентный мир, однако, поведение человека диктуется трансцендентными нормами (свободной волей и бессмертной душой).

нить то, что материя вечна и неуничтожима (а только переходит из одних форм ее существования в другие), а сознание появляется только на каком-то «этапе» этой Вечности? Не логичнее ли было бы исходить из того, что: если материя вечна, то и сознание вечно? Виктор Порфирьевич ответил, что это очень сложный вопрос, поэтому лучше доверять авторитетам, и затем сослался на Энгельса, и его подход к «основному вопросу (в тот период – «единственно верной» – марксистско-ленинской) философии»: «материя первична, сознание – вторично». Должны признаться, молодого студента авторитетное мнение не сильно убедило. И найти каких-либо веских или хотя бы обычных логических доказательств этому авторитетному мнению нам так и не удалось.

В заключение этого раздела добавим, что нам также достаточно симпатична идея Платона о том, что познание – это прежде всего работа души или процесс воспоминания душой уже имеющихся знаний, а задача обучения состоит вовсе не в процессе вкладывания каких-то знаний в голову ученика, а в пробуждении его души. Можно только сожалеть, что современная педагогика лишь декларирует последнюю идею или воспринимает ее сугубо метафорически.

Аристотель

От Аристотеля (ок. 384–322 гг. до н. э.) нас отделяет почти 24 века, но мы до сих пор перечитываем и цитируем его мысли и идеи. Он родился в семье врача, и даже не просто врача, а придворного медика царя Македонии. Значительную часть (почти двадцать лет) своей жизни Аристотель посвятил учебе и преподаванию в Академии Платона в Афинах, а затем был приглашен в качестве воспитателя к сыну царя Филиппа II – будущему Александру Македонскому.

Можно было бы начать этот раздел и с более ранних источников, но в своем трактате «О душе» Аристотель, хорошо знакомый с представлениями предшественников и последователей Сократа, подробно анализирует и обобщает их, во всяком случае – применительно к предмету нашей дискуссии.

В этом трактате, утверждая, что исследования о душе должны всегда быть приоритетными (а мы вообще вычеркнули эту проблему из числа актуальных, положившись на Энгельса), Аристотель одновременно еще в первой главе первой книги пишет: «Добиться о душе чего-нибудь достоверного во всех отношениях, безусловно, труднее всего». Далее автор отмечает, что «... в большинстве случаев, очевидно, душа ничего не испытывает без тела и не действует без него», но тем не менее, Аристотель соглашается с мнением упомянутых выше философов древности, что сама душа определяется признаком «бестелесности» (она не «есть некая пространственная величина»), а в отношении познания душевных процессов нужно исходить из принципа, что «подобное познается подобным»,

что еще раз возвращает нас, как оказалось – к известному с незапамятных времен тезису о приоритетах интроспективной психологии и познания всей гаммы человеческих чувств и переживаний на основе самонаблюдения и эмпатии.

Аристотель считал нелепым то, что некоторые «философы связывают душу с телом и помещают ее в него», но в то же время автор признает, что именно душа движет живыми существами, но движет именно мыслью. Характеризуя это как наиболее сложный для понимания вопрос, автор поясняет его дополнительно: «Мы говорим, что душа скорбит, радуется, дерзает, испытывает страх, далее, что она гневается, ощущает, размышляет ...» (все это кажется действиями или движениями, и даже в современном языке имеются вербальные штампы о «движениях души» – М.Р.). Но Аристотель далее добавляет: «Между тем сказать, что душа гневается – это то же [самое], что сказать – душа ткет или строит дом». То есть, когда говорят, что человек совершает какие-то душевные усилия или движения – это неверно; само движение по Аристотелю не находится в душе, «оно то доходит до нее, то исходит от нее; [также] как восприятие от каких-то вещей доходит до нее, а воспоминание – от души к движениям или их остаткам в органах чувств». Еще несколько цитат со связками и комментариями. Ум человека, по представлению Аристотеля, является сущностью, которая появляется «внутри» [тела], а «старение происходит не оттого, что душа претерпела какое-то изменение, а оттого что претерпело изменение тело», в котором она находится; способность к мышлению с возрастом слабеет, но лишь тогда, «... когда внутри разрушается нечто другое, само же мышление ничему не подвержено. Размышления, любовь или отвращение – это состояния не ума, а того существа, которое им обладает ... Вот почему когда это существо повреждается, оно не помнит и не любит: ведь память и любовь относились не к уму, а к связи [души и тела], которая исчезла».

Еще раз обратим внимание на представления Аристотеля о «связях души и тела», идеального и материального, а также тезис о том, что «подобное познается подобным». И добавим, помня о Канте и трансцендентном, что философский дуализм, то есть признание равноправия идеального и материального, никогда не был опровергнут, он был просто «отброшен».

Параллельно с этим представлениями философов существовали и развивались материалистические гипотезы, которым мы обязаны вначале исключительно врачам.

Великие врачи

Уже у Гиппократ (460–377 гг. до н. э.), который жил раньше упомянутых выше философов, вместилищем психических функций однозначно становится головной мозг. Эта идея не принадлежала Гиппократу – впервые она была сформулирована до него Алкмеоном Кротонским, ко-

торый, отталкиваясь от своей хирургической практики, пришел к выводу, что мозг – есть орган души.

Гален (130–200 гг.), который вначале получил философское образование, а затем медицинское, подходит к этому вопросу более осторожно. Приведем одну из его цитат: «Мы доказали в нашей работе «О догматах Гиппократата и Платона», что *головной мозг есть начало всех нервов* (курсив наш – М.Р.), всякого ощущения и произвольного движения ... Многие называют его головным мозгом, подобно тому, как говорят спинной мозг; другие, не называя его головным мозгом, называют его просто мозгом. Но и согласно последним, это – смысл слова, а не его название, которое характеризует эту часть; таким образом, то, что высказано нами с самого начала, остается непреложным, а именно, что головной мозг не имеет подобного глазам, ушам, языку, легкому и почти всем другим частям специального названия, определяющего его сущность. О перечисленных выше частях можно сказать, что орган зрения называется глазом, орган слуха – ухом, то же – и по отношению к каждой из других частей. Но мы не можем сказать, как называется орган, являющийся началом ощущения и движения». Сравним это высказывание с уже приведенной ранее выдержкой из Аристотеля, в которой он утверждает, что движение не находится в душе, «оно то доходит до нее, то исходит от нее; [также] как восприятие от каких-то вещей доходит до нее, а воспоминание – от души к движениям или их остаткам в органах чувств», и тогда фразу Галена «головной мозг есть начало всех нервов» следовало бы читать, как – только нервов (то есть – проводящих путей, координирующим центром которых он является). Гален не нашел названия некоему особому органу, где начинается движение, но нам, как представляется, удалось (с учетом современного уровня знания) сформулировать гипотезу о нем, о чем будет сказано в конце.

Из чего исходили врачи – и древности, и современности? Из их анатомического и хирургического опыта: повреждение мозга (физическое или химическое) приводило к тем или иным нарушениям функций. Но доказательность этих наблюдений достаточно шаткая. Несколько упрощенное доказательство, примерно такого рода, как если бы телемастер, демонстрируя повреждение звукового блока или развертки изображения, убеждал нас, что все программы генерируются внутри телевизора.

В дополнение к уже сказанному, необходимо еще раз пояснить: то, что нами так много внимания уделяется представлениям выдающихся мыслителей о душе, имеет веское моральное основание. Еще совсем недавно при изложении их философского наследия все это опускалось, как не представляющее интереса или ошибочное, в итоге эти гении, не упоминать которых было невозможно, чаще всего подавались, чуть ли не как первые материалисты, что, конечно же, обедняло наши представления о познании душевной жизни и поисках истины.

Заключение

Мы могли бы обратиться еще к работам философа Августина Блаженного (354–430 гг.) и его сочинениям «О бессмертии души» и «О количестве души»; к выдающемуся врачу Парацельсу (1493–1541 гг.), которого считают основоположником современной гомеопатии и фармакологии («Все – яд, все – лекарство; то и другое определяет доза»), одновременно отдавая дань его представлениям о человеке как существе, принадлежащему Вселенной и лишь отражающему ее в своем микрокосме; к сомневающемуся во всем математику, философу и физиологу Рене Декарту (1596–1650 гг.), предложившего «лучший путь познания природы души и ее отличия от тела» и, как он считал доказавшему существование Бога. Декарту мы также обязаны учением о рефлексе и модели организма, как «машины», что нашло свое развитие в работах И.М. Сеченова и И.П. Павлова, но уже не только в отношении организма, а применительно к высшей нервной деятельности, которая каким-то непонятным образом со временем начала почти идентифицироваться с психикой. Нам, возможно, следовало бы обратиться также к Францу Антону Месмеру (1734–1815 гг.) и его «животному магнетизму», последователи которого до сих пор успешно рекламируют и продают магниты от всевозможных болезней. Нам, конечно, не следовало бы обходить вниманием Вильгельма Гегеля (1770–1831 гг.) и его «Феноменологию духа», главной темой в которой была идея Абсолютного духа. Стоило бы остановиться и на его идее диалектики науки, которая, по мнению Гегеля, проходит три стадии: тезис (античность), антитезис (средневековье) и синтез (двух первых) в новое время. Эта тема особенно интересна, так как «новое время» явно завершилось, и, может быть, как раз сейчас имеет смысл снова обратиться к исходному «тезису». В целом все изложенное и является такой попыткой.

Можно было бы упомянуть еще несколько десятков авторов, но вряд ли это существенно расширит наши представления об этих в чем-то разных, а в чем-то очень подобных и тем не менее не сравнимых взглядах выдающихся философов и врачей на одно и то же. Можно только констатировать, что идеи о душевной жизни и роли мозга неоднократно трансформировались за последние две тысячи лет. Более того, можно признать, чем дальше (точнее – чем ближе к современности), тем более явно становится то, что эти идеи излагаются все более туманно, расплывчато и неконкретно, удаляясь от основного вопроса, который просто растворяется в дискуссии. Обращаясь к античному знанию, не можем справиться с соблазном процитировать сравнительную оценку этого знания относительно современности, которую дает Гегель: «Античная добродетель имела свое определенное несомненное значение, ибо у нее была своя наполненная содержанием основа ...». В отличие от этого современная добродетель (включающая и знание), Гегелем характеризуется как «пустота риторики, борющейся с общим ходом вещей ... путем нового нагромождения фраз».

«В ничтожестве этой риторики, хотя и бессознательно, убедилась, по-видимому, образованность нашего времени, так как все нагромождения этих фраз и манера чваниться этим потеряли всякий интерес, и это выражается в том, что они наводят только скуку».

На протяжении трех последних столетий, в процессе борьбы не столько с религиозными представлениями, сколько с властью церкви, постепенно заменив ее новой властью и своеобразной светской теологией в форме «научного материализма» (вызывающего сомнение, как и любая «истина в последней инстанции»), мы почти утратили высокие представления о душевной жизни человека, сведя ее к неким мозговым механизмам.

Это прозвучит не слишком убедительно, но хотелось бы выразить уверенность, что со временем эта особая роль мозга будет пересмотрена, и в новой системе представлений ему будет отведена более скромная, но не менее значимая роль связующего звена между идеальным и реальным или, выражаясь современным языком, – биологического интерфейса². И мы надеемся, что эта идея будет стимулировать качественно новые научные подходы как в психиатрии, так и в психотерапии.

Почти уверены, что кто-то из коллег обвинит нас в богоискательстве, кто-то в уходе в мистику или в чем-то еще. Ни то, ни другое нам не близко. Критика, безусловно, должна быть, но было бы еще лучше, если бы появилось убедительное экспериментальное подтверждение той или иной точки зрения. А пока этого нет, у нас остается право сомневаться в не безупречности современных попыток однозначного определения – что же есть истина?

² Интерфейс – любое устройство, связующее две системы. В этом смысле вожжи являются интерфейсом для кучера и лошади, клавиатура и экран компьютера – для компьютера и пользователя и т. д.

КОНЦЕПЦИЯ РАННЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ

Нижегородский государственный педагогический университет

Правовые аспекты

В последнее время в коррекционной психологии происходит становление системы психологической помощи детям с задержкой экспрессивной речи (ЗЭР) в раннем возрасте. Основной целью концепции является определение организационных и содержательных основ психологического сопровождения, с целью нормализации психического развития детей с ЗЭР и успешной интеграции их в социум на дошкольном этапе развития.

ЗЭР рассматривается как специфическое расстройство экспрессивной речи, при котором способность использовать выразительную разговорную речь у ребенка заметно ниже уровня умственного возраста и степени развития импрессивных возможностей ребенка, что сдерживает развитие процессов социально-психологической адаптации. Ребенок хорошо понимает обращенную речь, расстройства в артикуляции у него может и не быть, но выразить свое состояние и мысли он не может. ЗЭР представляет собой достаточно распространенную форму отклоняющегося психического развития. В логопсихологии накоплены определенные сведения о специфике развития этих детей. Полученные исследователями данные в основном имели отношение к старшим дошкольникам. Другие возрастные категории изучены в меньшей степени или не изучены вовсе, в особенности, дети раннего периода развития.

Система специальной ранней психологической помощи призвана оказать поддержку детям с отклонения в развитии и их родителям. Ее функционирование в широких масштабах обеспечит каждой семье возможность своевременной и ранней, медико- психолого-педагогической диагностики развития ребенка, с целью определения его специальных психологических и образовательных потребностей, создаст условия для эффективного преодоления или коррекции отклонений в развитии ребенка на начальных этапах развития. Актуальность и необходимость создания системы специальной психологической помощи определяется:

1) сложной специфической демографической ситуацией в стране, характеристиками которой являются: уменьшение доли рождения здоровых, физиологически зрелых детей; повышение показателей осложненных родов и отклонений в развитии врожденного или перинатального генеза. В этой связи приобретает актуальность именно ранняя диагностика отклонений в развитии ребенка их своевременная коррекция;

2) ратификацией Российской Федерацией в 1991 г. деклараций ООН «О правах умственно отсталых лиц» (1971) и «О правах инвалидов» (1975), в которых говорится, что ценностные ориентации государства и общества заключаются в гарантировании прав граждан и предоставления им возможностей социальной адаптации и развития, их активного участия в жизни общества и наиболее полной реализации индивидуальности. Такие возможности должны быть предоставлены с раннего детства каждому ребенку, в том числе и детям с отклонениями в развитии.

В конвенции «О правах ребенка», закреплены его права на образование, которое должно быть направлено на развитие личности, талантов, умственных и физических возможностей. Оно должно быть направлено на подготовку ребенка к сознательной жизни в свободном обществе, в духе понимания, мира и терпимости.

В ст. 43 Конституции РФ также подтверждается право как на образование, так и на возможности выбора различных форм его получения. Поэтому современные родители, в ряде случаев хотят выбрать такое учреждение, где можно заниматься со своим ребенком под руководством специалистов.

В настоящий момент особенно востребована ранняя помощь детям, в связи с чем в 1999 г. на базе Нижегородского центра системного обучения была создана семейно-центрированной модель ранней психологической помощи. Разрабатывая данную модель, был изучен российский опыт Центра ранней диагностики и коррекции Ю.А. Разенковой [10, 11, 12], Центра раннего вмешательства Е.В. Кожевниковой [4], опыт австралийских и американских коллег, т. е. программы «Маленькие ступеньки» и CDI KID тестирование, что позволило создать авторскую программу, основанную на русском фольклоре.

В ст. 63 Конституции РФ говорится, что родители имеют равное право и обязаны воспитывать своих детей. Это право определяется свободой выбора образовательного учреждения и формы обучения детей. Оказалось, что модель семейно-центрированной типа обучения является востребованной и удобной как для родителей, так и для детей, как с нормальным развитием, так и с задержкой речи.

Безусловно, уровень развития детей с задержкой развития речи по многим компонентам ниже детей с нормальным развитием речи, но у родителей возникает желание помочь своему ребенку, они понимают, что в процессе обучения возникают не только организационные сложности, но и достижения в развитии ребенка. Совместное обучение дает хорошие результаты в психическом развитии детей по всем компонентам, у них быстро формируются новые умения на основе полученных знаний.

Структура психического развития при ЗЭР

ЗЭР отражается на динамике психической деятельности ребенка в целом, особенно на аффективно-коммуникативном развитии. Без оказания ранней помощи отклонения в развитии становятся более выраженными, затрагивают все сферы психики, коммуникации, социально-психологической адаптации ребенка в целом.

По мнению Л.С. Выготского [1] и В.И Лубовского [6], психическое развитие детей с ЗЭР имеет сложную структуру: «ядро», первичное отклонение – ЗЭР, который обуславливает возникновение вторичных отклонений – аффективно-коммуникативного развития, и рассматривается как интегративное образование, состоящее из следующих компонентов:

- *лингво-когнитивного* (лингвистического) – ЗЭР;
- *паралингвистического* – небольшой объем мимических средств, гипомимия (пониженное выражение мимики), и пантомимических средств (выразительных движений всего тела), большое количество жестов;

- *коммуникативного* – нарушение отношений со сверстниками, ограниченная контактность, замедленная включаемость в ситуацию общения, неумение поддерживать беседу, вслушиваться в звучащую речь, невнимательность к речи собеседника. Перечисленные характеристики определяют снижение коммуникативной активности, реакции протеста, негативизм. Смещение целей коммуникации приводит к игнорированию собеседника, к желанию не рассказать, а высказаться, что обуславливает несформированность диалогической и монологической форм коммуникации;

- *аффективного* – эмоциональные нарушения, (негативизм, агрессивность, тревожность, лабильность, обидчивость) недостаточная дифференциация эмоциональных состояний, несформированность эмоциональной саморегуляции).

Взаимодействие и взаимовлияние этих компонентов обуславливают возникновение специфических закономерностей, и вариативность структуры отклоняющегося развития при ЗЭР.

Под структурой отклоняющегося развития при ЗЭР мы понимаем совокупность компонентов, определяющих динамику психического развития, через появление возрастных новообразований и их развитие, через становления регулирующих функций данных компонентов.

Определить организационные и содержательные основы психологического сопровождения ребенка, с целью нормализации психического развития при ЗЭР позволяет:

- изучение структуры отклоняющегося психического развития при ЗЭР в раннем возрасте или симптомокомплекса речевых и неречевых аффективно-коммуникативных нарушений;

- выделение ведущего расстройства и вторичных симптомов и их соотношений, определение взаимосвязей разного уровня, а также меха-

низма нарушений, через выделение индивидуально-типических и индивидуальных особенностей

Диагностика отклоняющегося развития детей раннего возраста с ЗЭР

Диагностическая работа с детьми с ЗЭР – одно из важнейших направлений практической деятельности логопсихолога. Ее результаты позволяют более гибко строить психокоррекционный процесс, учитывая степень выраженности ЗЭР одновременно с другими психологическими особенностями развития.

У детей с ЗЭР часто отмечается разнообразная клиническая картина нарушений, поэтому умение логопсихолога профессионально разбираться в основных биологических факторах, под влиянием которых произошла ЗЭР, повышает эффективность деятельности.

В процессе диагностической работы была установлена преемственность работы с семьями детей и с работниками специального учреждения. Родители, гувернеры, воспитатели во время диагностического исследования проявляли заинтересованность и позитивную активность, которые позволили более подробно дать клинико-педагогическую характеристику детям с ЗЭР и комплексно оценить психологический статус ребенка.

Экспериментальное изучение структуры психического развития детей дало возможность систематизировать показатели развития в уровни выраженности ЗЭР (табл. 1) и охарактеризовать уровни коммуникативного развития при ЗЭР (табл. 2). Применение указанных критериев осуществлялось с опорой на показатели нормативного психического развития ребенка на каждом возрастном этапе.

При разработке диагностических показателей учитывали ряд моментов методического и организационного плана:

1) психологическая диагностика психического развития детей раннего возраста с ЗЭР осуществлялась в русле коммуникативно-детельностного подхода и носила комплексный характер;

2) изучение психического развития при ЗЭР проводилось в аспекте актуализации структурных компонентов, что расширяло возможности его анализа, поскольку позволяло вычлнить индивидуально-типические и индивидуальные особенности;

3) диагностика психического развития при ЗЭР как интегративного образования предусматривала преемственность его изучения у детей раннего и дошкольного возраста и базировалась на общих концептуальных подходах;

4) экспериментальные методики носили прогностический характер, т. е. определяли не только текущее состояние, но и способность к развитию лингво-когнитивных особенностей ребенка;

5) анализ результатов психологической диагностики осуществлялся по принципу критериально-ориентированного оценивания, предполагающего учет количественных и качественных показателей по выделенным критериям;

б) разработанные критерии способствовали выделению возрастного оптимума психического развития и уровни отставания от него, обусловленные ЗЭР.

Теоретические и организационно-методические подходы в решении задач исследования позволили сконструировать экспериментальную модель изучения и коррекции психического развития детей раннего возраста при ЗЭР (табл. 3).

Таблица 3

Алгоритм изучения и коррекции детей с ЗЭР

Этап	Основное содержание	Результат
1. Организационный	Стартовая психолого-педагогическая и логопедическая диагностика детей с ЗЭР, формирование информационной готовности родителей к проведению эффективной коррекционно-психологической работы с детьми	Конструирование интегрированных коррекционных программ помощи ребенку с ЗЭР в центре и в семье Конструирование программ взаимодействия специалистов и родителей ребенка с ЗЭР
2. Основной	Решение задач, заложенных в индивидуальных и групповых коррекционных программах, психологический мониторинг Согласование, уточнение (при необходимости – корректировка) меры и характера коррекционного влияния участников коррекционного процесса	Достижение определенного позитивного эффекта в устранении у детей отклонений в аффективно-коммуникативном и речевом развитии
3. Заключительный	Оценка качества и устойчивости результатов коррекционной работы ребенком Определение дальнейших образовательных перспектив интеграции в группу нормально развивающихся сверстников	Решение о прекращении работы с ребенком (группой детей), изменение ее характера или корректировка индивидуальных и групповых программ и продолжение работы

Характеристика семейно-центрированной модели коррекции детей с ЗЭР

Создание нижегородской семейно-центрированной модели на базе НОУ «Нижегородский центр системного развития» было обусловлено рядом объективных причин, о которых изложено ранее. Центр является базой Нижегородского государственного педагогического университета для прохождения практики и проведения дипломных проектов студентов кафедры специальной психологии под руководством О.В. Трошина. В 2006 году центр сотрудничал с кафедрой адаптивной физической культуры под руководством Л.В. Пасечник нижегородского филиала Сочинского института туризма и курортного дела.

Научно-практической изюминкой работы центра является применение фольклоркоррекции как метода коррекционной психологии, состоящего в коррекции недостатков психического развития, через творческое воссоздание ребенком образов фольклорных произведений (песен, игр, сказок, хороводов, потешек и др.), посредством слов, движений, эмоций, музыки, масок, кукол, то есть самодетерминации психической активности и творческой деятельности.

Психологический механизм воздействия фольклора в процессе коррекции недостатков отклоняющегося развития осуществляется опосредованно через формирование новых функциональных отношений, преимущественно в системе эмоционального воображения, вербальной и невербальной коммуникации ребенка. Это сопровождается активацией аффективно-личностных, коммуникативных особенностей детей с ЗЭР, нормализует психологические отношения между ними, способствует развитию экспрессивной речи, что обуславливает полноценную компенсацию отклоняющегося развития в период раннего и дошкольного детства.

Фольклорные произведения вызывают состояние психологического комфорта, подготавливая положительный эмоциональный фон для восприятия окружающего мира. Фольклорные образы взяты из жизни, конкретны и содержательны, являются средством социализации, приобщения детей к истокам национальной культуры, в них даны нормы поведения, общения, которые ребенок осваивает под влиянием положительных эмоций и использует в собственной жизни, – так происходит интериоризация социально-культурного опыта русского народа «врастание в национальную культуру».

Ребенок с ЗЭР, усваивая фольклор (опыт коллективного бессознательного), начинает «развиваться», так как живет в конкретной этнической среде. Фольклор или мини-культурные формы российского этнического богатства транслируют в доступных ребенку формах опыт русского народа на положительном эмоциональном фоне, а затем происходит его интериоризация. Это обеспечивает эффективность психологического воздействия, особенно в раннем и дошкольном возрасте, так как положи-

тельный эмоциональный фон активизирует, стимулирует и инициирует создания опыта.

Внедрение в практику данного метода, то есть организация работы на основе мини-культурных форм российского этнического богатства, является чрезвычайно перспективным. Сказочная тематика занятий радостно принимается детьми и родителями. Совместное инсценирование народных сказок, изготовление масок позволяют проявиться творческому потенциалу ребенка. Совместное рисование сопровождается подробным объяснением детям сюжета родителями (педагогом) и скоро эта деятельность становится любима детьми. Они проявляют огромную заинтересованность, имея возможность выбрать объект для рисования – любимый образ фольклорного произведения. Речевое развитие детей осуществляется посредством показа кукольных, песочных и настольных театральные действий, активно применяя сказкотерапевтические технологии.

Заключение

Теоретическое осмысление позиций ведущих ученых в области коррекционной и возрастной психологии, анализ экспериментальных данных по проблеме исследования психического развития детей с ЗЭР в раннем возрасте показал, что вопросы развития аффективно-коммуникативной сферы в контексте перехода ребенка раннего возраста к следующему периоду представляются чрезвычайно важными и занимают существенное место.

Возникающее на пороге дошкольного возраста центральное новообразование, обозначенное возникновением феномена «Я сам» [1], приводит к распаду прежней социальной ситуации, проявляется «в кризисе возраста трех лет» и поднимает ребенка на новый уровень осознания собственного положения в системе социальных отношений. ЗЭР негативно влияет на этот переход, затормаживая психологические проявления, что не позволяет ребенку занять новое место и полноценно участвовать в игровой деятельности, которая становится ведущей в психическом развитии ребенка, так как именно она, к старшему дошкольному возрасту позволяет определять коммуникативные намерения и аффективные состояния партнера по общению.

Внедрение в практическую деятельность систематизированных критериев выраженности ЗЭР и уровней коммуникативного развития при ЗЭР, сконструированной модели изучения и коррекции психического развития детей раннего возраста при ЗЭР позволили проследить возможности компенсации отклоняющегося развития, недостатков аффективно-коммуникативного развития в условиях семейно-центрированной модели, средствами русского фольклора.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Проблема культурного развития ребенка / Л.С. Выгодский // Вестн. моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1991. – № 4. – С. 5–18.
2. *Выготский Л.С.* Вопросы детской психологии. / Л.С. Выготский. – М. : Мысль, 1997. – 247 с.
3. *Зинченко В. П.* Аффект и интеллект в образовании / В.П. Зинченко. – М. : Тривола, 1995. – 157 с.
4. *Кожевникова Е.В.* Руководство по раннему вмешательству / Е.В. Кожевников. – СПб. : Петербург XXI век, 1995. – 130 с.
5. *Лубовский В.И.* Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития / В.И. Лубовский // Дефектология. – 1994. – № 1. – С. 3–5.
6. *Обухова Л.Ф.* Возрастная психология / Л.Ф. Обухова. – М. : Рос. пед. аг-во, 1996. – 372 с.
7. *Обухова Л.Ф.* Детская психология: теория, факты, проблемы / Л.Ф. Обухова. – М. : Тривола, 1996. – 360 с.
8. *О правах инвалидов : декларация ООН* [Электронный ресурс]. – Женева, 1975. – <http://www.memo.ru/Prawo/TIMETVL.HTM>.
9. *О правах умственно отсталых лиц : декларация ООН* [Электронный ресурс]. – Женева, 1971. – <http://www.memo.ru/Prawo/TIMETVL.HTM>.
10. *Разенкова Ю.А.* Содержание индивидуальных программ развития детей младенческого возраста с ограниченными возможностями, воспитывающихся в доме ребенка / Ю.А. Разенкова // Дефектология. – 1998. – № 3. – С. 57–63.
11. *Разенкова Ю.А.* Схема логопедического обследования ребенка 2–3 года жизни / Ю.А. Разенкова // Альманах ИКП РАО [Электронный ресурс]. – 2001. – № 4. – almanah@ikpraor.ru.
12. *Ранняя психолого-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьями : материалы конф.* / Ю.А. Разенкова, Е.Б. Айвазян. – М., 2003. – 340 с.

Статья принята в печать 04.12.2006 г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В.И. Евдокимов, О.В. Литвиненко

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Позитивное влияние компьютеризации на прогресс человечества очевиден. Количество пользователей персональных компьютеров в мире неуклонно растет. По данным Фонда общественного мнения, прирост пользователей сети Интернет в России в 2003 г. составил 50,6 %, в 2004 г. – 32,1 %, в 2005 г. – 25,4 %, в 2005 г. – 21,2 %. В 2006 г. в России насчитывалось 26,3 млн. пользователей Интернета, что составляло 23 % населения страны. В 2007 г. планируется прирост количества пользователей на 15 %, а в абсолютных цифрах их станет более 30 млн. человек [8].

Исследования начала 1990-х годов показали и негативное влияние – развитие у некоторой части пользователей зависимости от компьютерных игр и сети Интернет [4, 12]. Например, психолог Кимберли Янг (K.S. Yong) в 1994 г. разместила специальный опросник на сайте Питтсбургского университета и получила 500 ответов, из которых 400 – от респондентов, зависимых от Интернета. В 1995 г. психиатр Иван Гольберг (I. Goldberg) предложил диагностические критерии для определения заболевания Internet Addiction Disorder (IAD). Существуют и другие названия Интернет-зависимости: виртуальная аддикция, кибераддикция (Cyber Disorder), нетаголизм (Netaholism).

По международной классификации болезней и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10) зависимость от компьютерных игр (Интернет-зависимость) соотносится с таксоном F-63 (расстройства привычек и влечений). Кимберли Янг [12] считает, что Интернет-зависимость развивается благодаря трем главным факторам:

- доступности информации, интерактивных зон и порнографических изображений;
- персональному контролю и анонимности передаваемой информации;
- внутренним чувствам, которые на подсознательном уровне устанавливают большой уровень доверия к общению в on-line.

По мнению K.S. Yong, Интернет-зависимость имеет признаки развития эпидемического процесса. Если для формирования других видов зависимости требуются годы, то при Интернет-зависимости этот срок

резко сокращается: у 25 % зависимость была сформирована за полугодовой срок работы в Интернете, у 58 % – в течение одного года, у 17 % – в течение более одного года.

Существует пять основных видов Интернет-зависимости:

1) зависимость от социальных контактов, осуществляемых в chatrooms или посредством e-mail (пристрастие к виртуальным знакомствам – избыточность знакомых и друзей в Сети);

2) компульсивная потребность в Сети – игра в онлайн-азартные игры, частые покупки в электронных магазинах, участие в аукционах и биржевых играх;

3) навязчивый web-серфинг («электронное бродяжничество», информационная перегрузка в результате бесконечного путешествия по Сети, поиск информации по базам данных и поисковым сайтам без конкретной конечной цели);

4) навязчивая игра в компьютерные игры, программирование, хакерство или другой вид деятельности;

5) киберсексуальность (непреодолимое влечение к посещению порносайтов, занятию киберсексом или обсуждению сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых»).

Выделяют психологические и физические признаки Интернет-зависимости. Развитие зависимости от Интернета рано или поздно приводит к изменению образа жизни, нарушению режимов «сон – бодрствование» и «отдых – нагрузка», в результате чего страдает физическое здоровье. Этому способствуют также длительное пребывание в положении сидя, специфические нагрузки на зрительный анализатор, позвоночник, мышцы кистей, нарушение режима питания, гиподинамия и др.

Исследование зависимости от компьютера, проведенное М.А. Shotton (1989), позволило выявить социально-демографические параметры зависимых лиц – чаще всего это высокообразованные мужчины в возрасте около 30 лет. По сравнению с контрольной группой они были реже женаты, у них было меньше детей, большинство имели теоретический и практический интерес к электронике. Практический результат деятельности этих лиц интересовал в меньшей степени, нежели процесс его достижения. М.А. Shotton [цит. по 3] предложил следующую типологию зависимых лиц от компьютера:

• «исследователи» – самая многочисленная группа зависимых лиц. Для них программирование является и интеллектуальным вызовом, и развлечением. Они часто пишут сверхсложные программы, но нередко не доводят их до завершения. Для «исследователей» компьютер – своего рода партнер и друг, он зачастую одушевлен, с ним проще общаться, чем с людьми. Амбиций у них немного: ни высокие должности, ни большие оклады не играют для них большой роли. К социальным критериям жизненного успеха они довольно равнодушны;

• «сетевики» – лица социально-активные, оптимистичные, имеют друзей, поддерживают хорошие отношения с родственниками, компьютер для них – нечто вроде хобби: они могут интересоваться поиском информации в удаленных базах данных, играть в компьютерные ролевые игры и т.д. По сравнению с другими зависимыми, «сетевики» меньше времени уделяют самостоятельному программированию и компьютерному приложению, например, компьютерной графике или аппаратному обеспечению;

• «рабочие» – имеют наиболее современные и дорогостоящие компьютеры, процесс программирования у них четко спланирован, программы пишутся для достижения нужного результата. Они прекрасно учились или учатся, для этих лиц характерна строгая рабочая этика, например, неприемлем всякий вид компьютерного пиратства).

Для самодиагностики Интернет-зависимости K.S. Yong разработала специальный тест (www.netaddiction.com/survey). Существуют диагностические опросники также для каждого из пяти типов Интернет-зависимости (www.netaddiction.com/resources). Респондент считается зависимым в случае пяти и более положительных ответов [12].

1. Чувствуете ли Вы себя озабоченным Интернетом (думаете ли Вы о предыдущих сеансах on-line и предвкушаете ли последующие)?

2. Ощущаете ли Вы потребность в увеличении времени, проведенного в Сети?

3. Были ли у Вас безуспешные попытки контролировать, ограничить или прекратить использование Интернета?

4. Чувствуете ли Вы себя усталым, угнетенным или раздраженным при попытках ограничить или прекратить использование Интернета?

5. Находитесь ли Вы в сеансах on-line больше, чем предполагали?

6. Были ли у Вас случаи, когда Вы рисковали получить проблемы в работе или личной жизни из-за Интернета?

7. Случалось ли Вам лгать членам семьи, врачам или другим людям, чтобы скрыть время пребывания в Сети?

8. Используете ли Вы Интернет для того, чтобы уйти от проблем или дурного настроения (например, чувства беспомощности, виновности или депрессии)?

Одним из диагностических признаков зависимости является количество времени, затрачиваемое на работу в сети Интернета. Считается, что ежедневное массированное использование Сети неизбежно формирует симптомы Интернет-зависимости. Установлено, что зависимые пользователи проводят в неделю не менее 8,0–8,5 час. в Интернете. Данный критерий должен соотноситься с влиянием Сети на жизнь и деятельность участника. У студента, системного администратора или работника on-line компании, «сервера», бесцельно бродящего по сайтам или клиента on-line игровых серверов оно выражено не только количественно, по времени

проведенному в Сети, но и качественно, по целям и задачам, которые решаются с помощью Интернета [1].

Ю.В. Съедин [9] указывает, что основными критериями, определяющими зависимость от компьютера и сети Интернет, являются:

- нежелание отвлечься от работы или игры с компьютером;
- раздражение при вынужденном отвлечении;
- неспособность спланировать окончание сеанса работы или игры с компьютером;
- расходование больших денег на постоянное обновление программного обеспечения (в т. ч. и игр) и устройства компьютера;
- забывание о домашних делах, служебных обязанностях, учебе, встречах и договоренности в ходе работы или игры на компьютере;
- пренебрежение собственным здоровьем, гигиеной и сном в пользу проведения большого количества времени за компьютером;
- злоупотребление кофе и другими психостимуляторами;
- готовность удовлетворяться нерегулярной, случайной и однообразной пищей, не отрываясь от компьютера;
- ощущение эмоционального подъема во время работы с компьютером;
- обсуждение компьютерной тематики со всеми, кто знаком с этой областью знаний.

Модели Интернет-зависимости достаточно подробно описаны в работе А.Г. Асмолова, Н.А. Цветковой и А.В. Цветкова (2004). На схеме представлена когнитивно-бихевиоральная модель патологического использования Интернета по R.A. Davis (1999). Под специфическим патологическим использованием Интернета понимается привыкание к определенному роду деятельности (сексуально-эротические ресурсы, on-line аукционы, биржи, азартные игры и др.). Сеть в данном случае используется только как специфическая среда.



Схема развития патологического использования (ПИ) Интернета [1].

Генерализованное использование Интернета включает многоплановые возможности Сети, включая потерю смысловой ориентации в деятельности в on-line. Механизмом развития зависимости определяется сочетание жизненных условий (социальные, внутриличностные и межличностные отношения, присутствие психопатологической симптоматики) и стресса, вызванного информационными и коммуникационными особенностями Интернета. Считается, что в данном подходе ценным является представление об Интернет-зависимости как о катарсисе. Для невротика – это выход, снятие напряжения, т. е. положительное влияние Интернета схоже с психотерапевтическим воздействием. Затем может наступать зависимость от этого катарсиса и чем сильнее развита отсроченная память, тем сильнее развивается феномен привыкания [1].

Значительное исследование Интернет-зависимости в нашей стране проведено В.А. Лоскутовой [2, 7]. Материалом изучения послужил анализ 3500 анкет, содержащих 20 вопросов теста К. Young (1996) для диагностики Интернет-зависимости и 34 вопроса об анамнестических данных пользователей Сети. Анкета была размещена на некоторых сайтах Интернета в течение 1999–2003 гг.

Результаты анализа анкет показали, что «здоровых» пользователей было 74 %, «пограничных» – 24 % и зависимых – 2 %, что вполне согласовывалось с данными зарубежных исследователей. Установлено, что 60 % Интернет-зависимых являются специалистами в области информационных технологий. Они достаточно часто предпочитают серверы, связанные с общением, и регулярно участвуют в рабочее время в чатах или проявляют себя на сайтах, не связанных с исполнением служебных обязанностей.

Интернет-зависимым лицам свойственно «предвкушение» того, чем они займутся в Интернете, когда они находятся в «off-line» – фантазировать о пребывании в «on-line». Стремление к аддиктивным реализациям связано у них с внутренним дискомфортом вследствие неудовлетворенности своим ролевым поведением. Будучи вне сети они испытывают пустоту, скуку, подавленность, депрессию, раздражение или нервозность. Фиксация на аддиктивном объекте сопровождается подъемом настроения, эйфорией, чувством беззаботности, свободы. По мере развития зависимости требуется проводить все больше времени в Интернете для достижения того же эффекта.

Аутодеструктивный драйв, оказываясь замаскированным, проявлялся у этих лиц уходом и от биологической стороны жизни. Интернет-зависимый человек начинает пренебрегать сном, личной гигиеной, приемом пищи, домашними делами, работой (учебой) и т. д. Самосохранение оказывается подавленным. Исследование показало наличие суицидальных мыслей у 86 % Интернет-зависимых (у здоровых – 36 %; $p < 0,001$). Полиаддиктивные проявления у «зависимых» наблюдались в 75 %, у «здоровых» – в 35 % ($p < 0,001$).

Исследования позволили установить, что Интернет-зависимость формируется у аддиктивно предрасположенной личности в соответствии с динамикой классического аддиктивного процесса, или является новой аддиктивной реализацией сформировавшегося аддикта. Группу риска составляют молодые мужчины (до 21 года), продолжающие образование, не состоящие в браке, указывающие на наличие в прошлом аффективных расстройств и различного рода аддиктивных реализаций [2, 7, 10, 11]. В развитии компьютерной зависимости М.С. Иванов [5] выделяет три стадии:

1) стадия легкой увлеченности – в начале игры у индивида начинает реализовываться неосознаваемая потребность в принятии решения. Индивид получает удовольствие от Интернета (компьютерной игры), чему способствуют положительные эмоции. Занятия с компьютером носят скорее ситуационный, нежели систематический характер. Устойчивая и постоянная потребность в деятельности посредством компьютера на этой стадии не сформирована;

2) стадия увлеченности – формируется потребность в Интернете (компьютерных играх), которая приобретает систематический характер;

3) стадия зависимости – потребность в Интернете (компьютерных играх) находится на одном уровне с базовыми физиологическими потребностями.

Заключение

Проведенный анализ научных исследований по проблеме исследования выявил, что Интернет-зависимость возникает, как правило, у лиц, склонных к аддиктивному поведению в соответствии с динамикой, которая свойственна классическому аддиктивному процессу, или является новой аддиктивной реализацией сформировавшегося аддикта. Нередко Интернет-зависимость сочетается с зависимостью от азартных игр и другими видами зависимости (злоупотребление алкоголем, наркотиками, работой и т. д.).

Кроме того, факторами риска развития Интернет-зависимости могут быть профессиональные обязанности с ежедневным массированным использованием Сети и социальная изолированность (недостаток социальной поддержки).

Литература

1. *Асмолов А.Г.* Психологическая модель Интернет-зависимости личности / А.Г. Асмолов, Н.А. Цветкова, А.В. Цветков // Мир психологии. – 2004. – № 1. – С. 179–192.

2. *Бурова (Лоскутова) В.А.* Интернет-зависимость – патология XXI века / В.А. Бурова // Вопр. ментал. медицины и экологии. – 2000. – № 1. – С. 11–13.

3. *Войскунский А.Е.* Актуальные проблемы психологии зависимости от Интернета / А.Е. Войскунский // Психол. журн. – 2004. – № 1. – С. 90–100.

4. *Войскунский А.Е.* Феномен зависимости от Интернета / А.Е. Войскунский // Гуманитарные исследования в Интернете : [сб. ст.]. – М., 2000. – С. 100–131.

5. *Иванов М.С.* Особенности самореализации личности в компьютерной игровой деятельности : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Иванов М.С. – Барнаул, 2005. – 22 с.

6. *Компьютер и здоровье пользователей* : библиографический указатель литературы на русском языке (1988–2004 гг.) / сост.: Л.Ю. Кулакова, Н.Л. Щербак, В.И. Евдокимов ; ред.: Ф.М. Ким, В.Н. Дружинина ; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины МЧС России, Рос. нац. б-ка. – СПб. : Политехника, 2007. – 94 с. – (Полезная библиография ; вып. 6).

7. *Лоскутова В.А.* Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Лоскутова В.А. – Новосибирск, 2004. – 23 с.

8. *Опросы «Интернет в России»* / Россия в Интернете. Вып. 17. Осень 2006 г. [Электронный ресурс] : база данных Фонда общественного мнения. – Режим доступа <http://bd.fom.ru/repot/map/projects/internet/internet17/int0604>, загл. с экрана.

9. *Съедин Ю.В.* Аддиктивное поведение личности компьютерных игроков и пути его коррекции : учеб. пособие / Ю.В. Съедин ; Ставроп. гос. пед. ун-т. – Ставрополь : Сервисшкола, 2005. – 60 с.

10. *Шайдуллина А.Ф.* Зависимость от компьютерных игр – одна из форм аддиктивного поведения / А.Ф. Шайдуллина // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2003. – № 3 – С. 73–75.

11. *Шапкин В.А.* Воздействие компьютерной игры на функциональное состояние пользователя / В.А. Шапкин, С.А. Варашкевич // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1999. – № 3. – С. 25–33.

12. *Янг К.С.* Диагноз – Интернет-зависимость / К.С. Янг // Мир Internet. – 2000. – № 2. – С. 24–29.

О.Ю. Щелкова, О.А. Кузнецова, В.А. Мазурок, М.В. Решетов

ДИАГНОСТИКА «ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ» ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

Санкт-Петербургский государственный университет;
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

В настоящее время особое внимание психологов привлекает проблема влияния профессиональной деятельности на психоэмоциональное состояние тех специалистов, чья работа связана с интенсивным и напряженным взаимодействием с людьми. У этих специалистов наблюдаются определенные психические и физиологические реакции, которые рассматриваются как проявление профессионального стресса [7].

С полным основанием к категории лиц, наиболее подверженных профессиональному стрессу, можно отнести врачей анестезиологов-реаниматологов. В последние годы отмечается существенное увеличение функциональной нагрузки этих специалистов, что связано с повышением хирургической активности, увеличением числа оперируемых больных с тяжелой сопутствующей патологией и закономерно приводит к высокому уровню психической напряженности [3]. В литературе выделяется несколько видов стресса, которым могут быть подвержены анестезиологи-реаниматологи: 1) острый реактивный стресс в условиях нештатной ситуации, последствиями которого может явиться возрастание анестезиологического риска (снижение уровня безопасности для здоровья и жизни пациента) и возникновение дезадаптивных реакций у анестезиолога; 2) хронический реактивный стресс вследствие длительного воздействия многих стресс-факторов малой и средней интенсивности [8]. К числу последних относятся факторы социально-психологической природы – процессы взаимодействия в системе «анестезиолог – хирург – пациент», а также групповые процессы в самом анестезиологическом коллективе.

В связи с этим важной задачей медицинской психологии становится теоретический анализ проблемы и разработка методических подходов к диагностике, коррекции и профилактике состояний психической дезадаптации и профессиональной деформации личности врачей-анестезиологов, работающих в условиях длительного и интенсивного профессионального стресса.

Одной из основных форм деформации личности у представителей «помогающих» профессий является синдром «психического выгорания» [5], формирующийся вследствие продолжительных профессиональных стрессов, хронического эмоционального напряжения, постоянного переутомления и проявляющийся в стойких изменениях эмоционально-аффективной сферы, мотивационной направленности, самооценки лич-

ности, особенностях ее социального взаимодействия. «Психическое (или эмоциональное) выгорание» определяется как динамический психологический процесс, развивающийся у психически здоровых людей, находящихся в состоянии хронического стресса в результате интенсивного и тесного эмоционально нагруженного общения с клиентами при оказании профессиональной помощи [4].

Синдром «психического выгорания» профессионала формируется постепенно, имеет определенную динамику и проявляется на всех уровнях организации личности – в когнитивной, аффективной, мотивационно-поведенческой, а также в духовной и физической сферах. Логично предположить, что риск развития реактивных (психогенных) образований и девиаций будет возрастать по мере увеличения длительности работы специалиста в стрессогенных условиях профессиональной деятельности. Это и определило цель настоящего исследования: выявление зон наибольшей психологической напряженности, а также основных компонентов синдрома «психического выгорания» у врачей-анестезиологов с различным стажем профессиональной деятельности.

Материал и методы исследования

Материал исследования составили данные, полученные в ходе психологического исследования врачей, проходивших курсы тематического усовершенствования на кафедре анестезиологии и реаниматологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Всего исследовано 96 врачей. Из них мужчин было 62 чел. (64,6 %), женщин – 34 чел. (35,4 %). Средний возраст составил 42,1 года. В соответствии с целью исследования врачи были разделены на две группы в зависимости от стажа профессиональной деятельности в области анестезиологии и реаниматологии. Первую группу составили 44 врача со стажем работы менее 13 лет (средний возраст – 33,1 года), вторую – 52 врача со стажем работы 13 и более лет (средний возраст – 49,6 лет).

Такой пороговый уровень в различии стажа работы (13 лет) был выбран не случайно. Он представляет половину трудового пенсионного стажа и при такой длительности профессиональной деятельности человек вступает в тот жизненный период, который принято называть «кризисом зрелого возраста». В этом возрастном периоде происходит окончательное становление личности, которая достигает пика своей социальной активности, завершается формирование системы ценностей, остро переживаются вопросы самореализации, социального статуса и признания. Накопленный к этому времени опыт работы позволяет специалисту объективно оценить свои профессиональные возможности и перспективы, пересмотреть жизненные планы с учетом особенностей профессии и своей роли в ней. Немаловажное значение имеет и то, что в этом критическом возрастном периоде на фоне жизненных (экзистенциальных) про-

блем, профессиональных стрессов и перегрузок впервые возникает или обостряется риск развития пограничных нервно-психических, а также психосоматических расстройств.

Клинико-психологический метод реализовался с помощью структурированного интервью, разработанного для выявления зон наибольшей эмоциональной неудовлетворенности и психологической конфликтности врачей анестезиологов-реаниматологов. Пункты интервью касались различных аспектов производственной деятельности и социальных отношений личности и отражали проблематику, как общую для врачебной профессии, так и потенциально высоко значимую для врачей анестезиологов-реаниматологов. Экспериментально-психологический метод реализовался с помощью опросника К. Маслач «Психическое выгорание» (МВІ) в адаптации Н.Е. Водопьяновой [2]. Выраженность компонентов синдрома «психического выгорания» теста представлена в табл. 1. Использовались также математико-статистические методы обработки и анализа полученных данных.

Таблица 1

Выраженность компонентов синдрома «психического выгорания»

Компонента синдрома «психического выгорания»	Уровень выраженности		
	низкий	средний	высокий
	Шкальные оценки опросника ПВ		
Эмоциональное истощение	0–16	17–26	27 и более
Деперсонализация	0–6	7–12	13 и более
Редукция личных достижений	39 и более	38–32	31–0

Результаты клинико-психологического исследования

В табл. 2 представлены результаты исследования зон наибольшей неудовлетворенности в связи с профессиональной деятельностью врачей анестезиологов-реаниматологов с различным стажем работы.

При анализе результатов, представленных в табл. 2, обращает внимание довольно сходная ранговая структура неудовлетворенности различными аспектами профессиональной деятельности врачей с большим и меньшим стажем работы.

1–2-й ранг по частоте встречаемости в обеих группах врачей (около 90 %) занимают неудовлетворенность заработной платой и ее несоответствие профессиональной подготовке, опыту и эмоциональному напряжению, которое испытывают анестезиологи-реаниматологи на работе.

Таблица 2

*Неудовлетворенность аспектами профессиональной деятельности
врачей анестезиологов-реаниматологов*

Показатель неудовлетворенности		1-я группа		2-я группа		P	
		%	Ранг	%	Ранг		
1	Работой в целом	20,5	14	3,8	14	< 0,05	
2	Заработной платой	90,1	1	88,5	2		
3	Высокой рабочей нагрузкой	54,5	8	32,7	11	< 0,05	
4	Суточным характером работы	34,1	12	34,6	10		
5	Высоким эмоциональным напряжением и ответственностью	40,9	9	32,7	11		
6	Тем, что эти нагрузки и ответственность не в полной мере осознаются и оцениваются больными, их родственниками	79,5	2	80,8	3		
7	Тем, что больные, их родственники не в полной мере способны оценить уровень профессионального мастерства как врача-анестезиолога	68,2	4	69,2	5		
8	Тем, что, работая в бригаде с хирургом и качественно выполняя свои профессиональные функции, врач-анестезиолог остается в «тени заслуг хирурга»	75,0	3	78,8	4		
9	Недостаточным продвижением по «служебной лестнице»	27,3	13	11,5	13	< 0,05	
10	Уровнем своей профессиональной подготовленности	61,4	6	57,7	7		
11	Тем, что уровень доходов не соответствует (ниже) профессиональной подготовке, опыту и эмоциональному напряжению на работе	90,1	1	90,4	1		
12	В связи с повышенным риском развития профессиональных заболеваний	63,6	5	65,4	6		
13	В связи с напряженными условиями профессиональной деятельности с годами меняется характер:	становится более эмоционально возбудимым и неуравновешенным	54,5	8	50,0	8	
14		черты заостряются, на первый план выступает ранимость, чувствительность, обидчивость, чувство ущемленности	38,6	10	28,8	12	
15		становится более безразличным, меньше эмоционально «вовлекается» в различные производственные ситуации, коллизии	36,4	11	28,8	12	
16	Тем, что плохое эмоциональное состояние, вызванное повышенными нагрузками или другими особенностями профессиональной деятельности, переносится на прочие сферы жизни (семья, личные отношения, отношение к жизни в целом)	59,1	7	44,2	9		

3–5-й ранг в ряду высоко значимых переживаний (зон наибольшей эмоциональной неудовлетворенности) связан с проблемами профессионального признания, самореализации, взаимоотношениями в системе «анестезиолог – хирург – пациент».

70–80 % врачей обеих групп, являясь хорошо подготовленными специалистами, ощущают недостаточную степень признания и недостаточно адекватную оценку их профессионального вклада в процесс лечения со стороны пациентов и их родственников, считают, что врач-анестезиолог, работая в бригаде, остается «в тени заслуг хирурга».

Около 65 % врачей испытывают напряжение и неудовлетворенность в связи с повышенным риском развития профессиональных заболеваний (5–6-й ранг значимости).

Следующей в ранговом ряду (6–7-й ранг) в обеих группах врачей (58–61 %) стоит неудовлетворенность уровнем своей профессиональной подготовки, что косвенно отражает свойственную врачам потребность в профессиональном и карьерном росте, а в более широком контексте – в самосовершенствовании и самореализации.

50–55 % врачей (8–12 ранг значимости, см. п.п. 13–15 табл. 2) считают, что в связи с напряженными условиями профессиональной деятельности с годами они изменились по характеру (стали более эмоционально возбудимыми и неуравновешенными) и что повышенные нагрузки на работе отражаются на прочих сферах их жизни (семье, личных отношениях, отношении к жизни в целом).

Названные изменения имеют прямое отношение к проблеме «психического выгорания» под влиянием стрессогенных условий профессиональной деятельности. Положительным в данном случае является то, что эти изменения хорошо осознаются самими врачами-специалистами, что может составить основу для целенаправленной и высоко мотивированной психологической коррекции.

Важно отметить, что, несмотря на все разнообразие проблем и оснований для эмоционального дискомфорта, в профессиональной деятельности самый низкий ранг в каждой группе врачей занимает неудовлетворенность своей работой в целом (13–14 ранг). Таким образом, проявляется зрелое, сбалансированное отношение изученных врачей анестезиологов-реаниматологов к своей профессиональной деятельности с учетом, как ее осложнений, так и преимуществ.

Статистически значимые различия между сопоставляемыми группами врачей получены в трех сферах – в сферах удовлетворенности работой в целом, рабочей нагрузкой и продвижением по «служебной лестнице» (см. табл. 2). Обобщая результаты клинико-психологического исследования, проведенного с помощью специализированного интервью, можно отметить, что неудовлетворенность, как в широком социальном контексте, так и в профессиональной деятельности, оказалась выше у анесте-

зиологов-реаниматологов с меньшим стажем по сравнению с врачами с большим стажем профессиональной деятельности.

Результаты экспериментально-психологического исследования

На следующем этапе исследования была проанализирована структура и степень выраженности отдельных компонентов синдрома «психического выгорания» в группах врачей анестезиологов-реаниматологов с различным стажем профессиональной деятельности. Результаты сравнительного анализа представлены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели «психического выгорания» в группах врачей анестезиологов-реаниматологов с различным стажем профессиональной деятельности

Шкалы опросника «Психическое выгорание»	М ± m, балл		p
	1-я группа	2-я группа	
Эмоциональное истощение	14,95 ± 1,08	15,02 ± 1,00	
Деперсонализация	12,44 ± 0,83	9,45 ± 0,66	< 0,01
Редукция личных достижений	31,63 ± 0,67	33,30 ± 0,74	

Анализ средне- групповых результатов, представленных в табл. 3, показывает, что наименее выраженным (на границе низкого и среднего уровней выраженности) среди компонентов синдрома «психического выгорания» в обеих группах врачей имеет компонент «эмоциональное истощение». Это свидетельствует об отсутствии в актуальном психическом состоянии исследованных врачей признаков снижения эмоционального фона, повышенной психической истощаемости и аффективной лабильности, утраты интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущения «пресыщенности» работой, неудовлетворенности жизнью в целом, то есть аффективно-личностных изменений, составляющих симптомокомплекс «эмоционального истощения».

В то же время, анализ индивидуальных результатов показал, что в обеих группах имеются врачи (их общее количество не превышает 8 % от общей выборки), отмечающие отчетливые признаки «эмоционального истощения» – снижение фона настроения и уровня активности, постоянное ощущение усталости и «нехватки энергии», повышенную психическую истощаемость, проявляющуюся в эмоциональной несдержанности, раздражительности или потере интереса к окружающему. По самооценке врачей, подобное состояние связано с высоким уровнем физической и эмоциональной нагрузки, характерным для данной врачебной специальности в целом, а также с конкретными организационными формами работы на местах (суточные дежурства, работа на полторы-две ставки, большое количество пациентов). Врачи отмечают, что эмоциональное напря-

жение наиболее отчетливо ощущается в утренние часы (в начале суточного дежурства) и в конце рабочей смены и проявляется в поведении чертами раздражительности, вспыльчивости, нетерпимости.

В отличие от «эмоционального истощения», не выраженного в целом по группе и встречающегося лишь у отдельных врачей, «деперсонализация» и «редукция личных достижений» как компоненты синдрома «выгорания» личности, представлены в обеих группах врачей довольно отчетливо – на уровне средних и высоких значений шкальных оценок (см. табл. 3). Причем, выраженность этих компонентов «психического выгорания» на статистически значимом и близком к нему уровне преобладает в группе врачей анестезиологов-реаниматологов с меньшим стажем профессиональной деятельности. Можно отметить также, что показатель «деперсонализация» в обеих группах анестезиологов-реаниматологов существенно превосходит соответствующий показатель, полученный в группе врачей-терапевтов (средний возраст – 45 лет, средний стаж работы – 18 лет) [6].

В контексте использованной в исследовании методики «Психическое выгорание» «деперсонализация» представляет межличностное измерение профессиональной деформации личности и проявляется формированием особых, деструктивных взаимоотношений с окружающими людьми. Во взаимоотношениях с пациентами «деперсонализация» врача проявляется в «потере больного» [1] – эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – в негативизме и циничном отношении к пациентам. В таких случаях пациенты воспринимаются не как партнеры в лечебном процессе и личности со своими потребностями и переживаниями, а как пассивные объекты врачебных манипуляций.

На поведенческом уровне «деперсонализация» проявляется в высокомерном поведении врача, использовании специального врачебного сленга, юмора, ярлыков для больных, то есть называние их не по имени и фамилии, а, например, по нозологической форме («здесь лежит инфаркт») и т. д. К признакам «деперсонализации» относится также «нечувствительность» к смерти, которая воспринимается как факт, который требует выполнения необходимых мероприятий (оформление документации, сообщение родственникам) [4]. «Деперсонализация» проявляется не только в отношениях с пациентами. В частности, к признакам «деперсонализации» врачей анестезиологов-реаниматологов можно отнести формирование высокомерности и одновременно – обидчивости по отношению к коллегам, специалистам смежных специальностей и родственникам больных.

Представленные в табл. 3 данные показывают, что «деперсонализация», как компонент «психического выгорания», выражена значительно выше в группе врачей анестезиологов-реаниматологов с меньшим стажем про-

фессиональной деятельности по сравнению с врачами с большим стажем. Это не соответствует априорным предположениям о нарастании симптомов «профессионального выгорания» личности по мере увеличения длительности работы в стрессогенных условиях, но согласуются с представлением о существовании закономерной связи между качеством субъектно-субъектных взаимоотношений профессионала и степенью его квалификации. В частности, С.П. Безносов [1] приводит наблюдения, согласно которым, чем ниже квалификация врача, тем меньше он беседует с больным и обследует его физикальными методами, отдавая предпочтение инструментальным методам, не требующим непосредственного личностного контакта врача и пациента.

Можно также полагать, что на развитие деперсонализации у более молодых врачей значимое влияние оказывает не только профессиональные отношения и экстремальный характер деятельности, но и качество жизни – уровень удовлетворенности жизненными ценностями, созидательной деятельностью, системой потребностей и окружающей средой. Это положение в определенной мере подтверждается данными, представленными в табл. 2, у врачей анестезиологов-реаниматологов 1-й группы отмечается более низкая удовлетворенность уровнем жизни.

Показатель «редукции личных достижений» в группе врачей с меньшим стажем профессиональной деятельности соответствуют высокому уровню выраженности, а в группе врачей с большим стажем – среднему уровню, и различия между группами имеют тенденцию к статистической значимости. Представляя самооценочное измерение синдрома «психического выгорания», этот показатель отражает степень удовлетворенности врача собой как личностью и как профессионалом. Повышение этого показателя отражает тенденцию к негативной оценке своей компетентности и продуктивности и, как следствие, – снижение профессиональной мотивации, нарастание негативизма в отношении служебных обязанностей, тенденцию к снятию с себя ответственности, к изоляции от окружающих, отстраненность и неучастие, избегание работы сначала психологически, а затем физически. У отдельных врачей анестезиологов-реаниматологов это проявляется в стремлении «исчезнуть» из поля зрения хирургов или руководства, даже во время проведения анестезии [4].

Заключение

Таким образом, проведенное исследование выявило признаки «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов и показало сходную структуру этого феномена в группах врачей с меньшим и большим стажем профессиональной деятельности. В каждой из групп врачей в структуре синдрома «психического выгорания» в минимальной степени представлены признаки «эмоционального истощения», а в средней и высокой степени – признаки «деперсонализации» и «редукции личных дос-

тижений». Подобные соотношения показывают, что на фоне оптимального эмоционального состояния и уровня активности в обеих группах врачей, формируется, тем не менее, чувство неудовлетворенности в связи с происходящими под влиянием профессиональной деятельности изменениями собственной личности, системы ценностей, поведения, которые четко проявляются на работе и распространяются за пределы профессиональной среды. Степень этой неудовлетворенности статистически значимо выше в группе врачей анестезиологов-реаниматологов с меньшим стажем профессиональной деятельности.

Литература

1. *Безносков С.П.* Профессиональная деформация личности / С.П. Безносков. – СПб. : Речь, 2004. – 272 с.
2. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб. [и др.] : Питер, 2005. – 336 с.
3. *Информационный стресс* анестезиолога-реаниматолога / А.В. Баклаев, И.В. Смирнов, В.М. Мизиков, А.А. Бунятян // *Анестезиология и реаниматология.* – 2002. – № 2. – С. 4–9.
4. *Кузнецова О.А.* Психологические особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов / О.А. Кузнецова // *Сборник статей по материалам лучших дипломных работ выпускников факультета психологии СПбГУ – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2006. – С. 81–87.*
5. *Орел В.Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел // *Психол. журнал.* – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 90–101.
6. *Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности* / под ред. Г.С.Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб. : Речь, 2007 – 448 с.
7. *Рыбина О.В.* Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Рыбина О.В. – СПб., 2005. – 24 с.
8. *Человеческий фактор* в анестезиологии / А.А. Бунятян, А.В. Баклаев, И.В. Смирнов, В.М. Мизиков // *Анестезиология и реаниматология.* – 2000. – № 5. – С. 4–10.

Статья принята в печать 01.12.2006 г.

В.В. Юсупов, Р.Х. Кузина, В.И. Евдокимов, О.В. Перфилова

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ОТБОР ЖЕНЩИН, ПОСТУПАЮЩИХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;
Государственный научно-исследовательский и испытательный
институт военной медицины Минобороны РФ, Москва;
Военный институт физической культуры, Санкт-Петербург

Введение

Профессиональный психологический отбор (ППО) в Вооруженные силы Российской Федерации является частью военно-профессионального отбора. Он включает в себя комплекс мероприятий, направленных на обеспечение качественного комплектования частей и подразделений военнослужащими, обладающими психологическими качествами и свойствами личности, которые соответствуют требованиям последующей профессиональной деятельности или военно-профессионального обучения.

ППО лиц, рассматриваемых в качестве кандидатов для обучения в военно-учебных заведениях и прохождения службы в частях и подразделениях Вооруженных сил РФ, состоит из социально-психологического изучения, психологического и психофизиологического обследования кандидатов [5, 6, 8].

Психологические методики, составляющие содержание ППО кандидатов в Вооруженные силы РФ, объединяются в два структурных блока (рис. 1): 1) оценка военно-профессиональной направленности личности и 2) оценка общих способностей.

Методики по социально-психологическому изучению личности являются рекомендуемыми и в каждом конкретном случае зависят от специфики специальности или учебного заведения, но должны определять:

- мотивацию выбора профессии;
- что привлекает в выбранной профессиональной деятельности в настоящее время;
- представления о ближайших и отдалённых перспективах профессиональной карьеры;
- мотивы поступления на военную службу;
- степень информированности кандидата о специфике обучения и предъявляемых требованиях, а также соотнесенность этих требований с интересами и склонностями обследуемого лица.

Уровень общего интеллектуального развития (ОИР) определяет возможность успешного овладения военно-профессиональной деятельностью. Личностный адаптационный потенциал – это устойчивая характеристика развития адаптационных способностей индивида, которая являет-

ся одним из интегральных показателей психического развития личности и во многом определяет эффективность процесса военно-профессиональной адаптации.

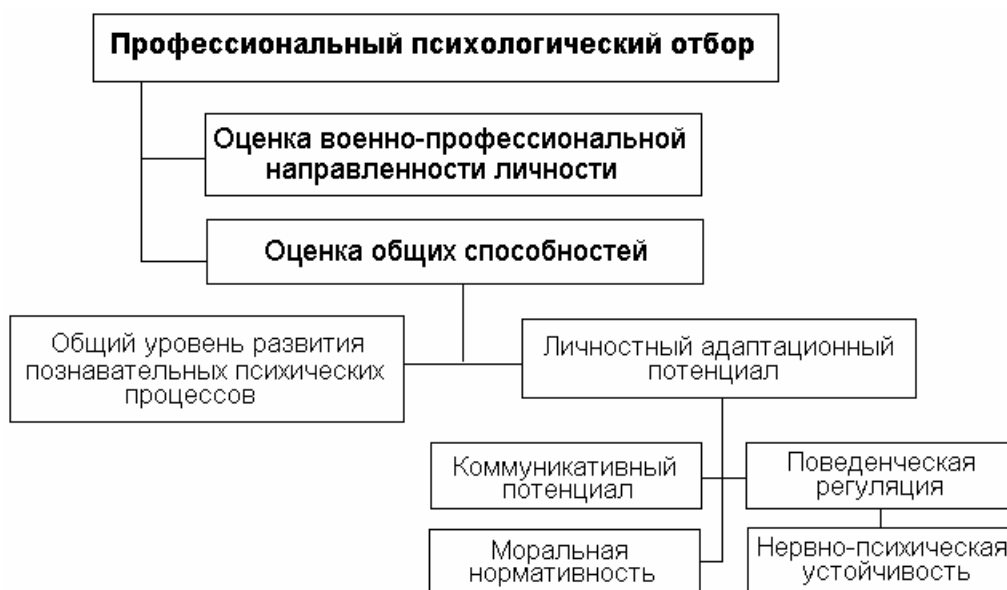


Рис. 1. Общая схема профессионального психологического отбора в Вооруженные силы России.

В последние десятилетия возникли объективные условия активного привлечения женщин в Вооруженные силы ряда стран [1–3, 7]. В настоящее время они составляют до 8–10 % личного состава войсковых частей и подразделений. При всех положительных тенденциях профессиональной адаптации у военнослужащих-женщин возникли проблемы, ряд которых, по всей видимости, может решить совершенствование ППО женщин – кандидатов на военные специальности. Однако руководящие документы по ППО представляют нормативные данные только для мужчин, без учета гендерных особенностей. В связи с чем, целью настоящего исследования явилась разработка нормативных показателей для женщин – кандидатов для поступления на военную службу по контракту.

Материал и методы исследования

Объект исследования составили данные ППО и военно-профессиональной адаптации у 532 военнослужащих-женщин, проходящих военную службу в период 1998–2006 гг. на различных военно-учетных специальностях.

Социально-психологическое изучение женщин, поступающих на военную службу, предполагает анализ социальных характеристик, основных мотивов, побуждающих идти на военную службу (социальные, материальные и личностные), изучение общей военно-профессиональной направленности, а также оценку индивидуально-психологических характе-

ристик личности кандидата, необходимых для успешной военно-профессиональной деятельности.

1. *Оценка военно-профессиональной направленности (ВПН)* кандидатов проводится при помощи неформализованного опросника, разработанного С.В. Чермяниным [5]. Опросник используется в качестве самостоятельного блока для экспресс-диагностики мотивов и интересов кандидатов к военно-профессиональной сфере деятельности и включен в многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность», разработанный А.Г. Маклаковым [4].

2. *Оценка личностного адаптационного потенциала (ЛАП)* определяется при помощи МЛО «Адаптивность». Опросник состоит из 165 вопросов и имеет четыре структурных уровня (табл. 1), что позволяет получить информацию различного объема и характера. Шкалы 2-го, 3-го и 4-го уровня конструктивно связаны между собой. Шкалы 1-го уровня являются самостоятельными и соответствуют базовым шкалам стандартизированного метода исследования личности (СМИЛ) [9].

Таблица 1

Структурные уровни МЛО «Адаптивность»

<i>Четвертый уровень</i>												
Личностный адаптационный потенциал (ЛАП)												
<i>Третий уровень</i>												
Поведенческая регуляция (ПР)				Коммуникативный потенциал (КП)				Моральная нормативность (МН)				
<i>Второй уровень</i>												
Нервно-психическая устойчивость			Социальная поддержка			Принцип построения контакта			Групповая идентификация			
Самооценка личности					Потребность в общении				Соблюдение моральных норм			
<i>Первый уровень</i>												
L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sch	Ma	Si

На каждый вопрос теста обследуемое лицо должно отвечать или «да», или «нет». Совпадение ответа с «ключом» теста оценивается в один балл. Шкала «достоверность» (Д), оценивает степень объективности ответов. В случае, если общее количество баллов превышает 10, то полученные результаты целесообразно считать необъективными, вследствие стремления как можно больше соответствовать «социально-желаемому» личностному типу.

При проведении профессионального психологического отбора достаточно использовать основную интегральную шкалу 4-го уровня, но, учитывая необходимость иметь более подробную информацию о психо-

логических особенностях женщины – кандидата в Вооруженные силы и для осуществления целенаправленных воспитательных мероприятий, обработку результатов целесообразно начинать с 3-го уровня (см. табл. 1). Сумма «сырых» баллов шкал 3-го уровня: ПР, КП и МН соответствует значению ЛАП – шкалы 4-го уровня.

3. Для исследования уровня ОИР используется «Батарея интеллектуальных тестов», состоящая из семи методик: «Аналогии», «Арифметический счет», «Установление закономерностей», «Зрительная память» («Фигуры»), «Вербальная память», «Числовые ряды», «Узоры». Они могут применяться как самостоятельно (для определения уровня развития отдельных характеристик памяти, внимания и мышления), так и для определения интегральной оценки. Кроме того, предлагаемые методики позволяют определять когнитивный стиль деятельности обследуемых женщин по показателям продуктивности, эффективности и надежности выполняемой интеллектуальной деятельности.

Полученные «сырые» значения по каждой методике суммируются и переводятся в стены, а затем на основе стеновых значений определяется категория ППО по ОИР. Полученная категория ППО по методике, оценивающей ОИР, учитывается при вынесении итогового заключения.

Стандартизация осуществляется при условии нормального распределения тестовых оценок в репрезентативной выборке испытуемых женщин или близком к нему (рис. 2). При стандартизации результатов тестовых испытаний использовались средние значения (M), среднеквадратичное отклонение (σ) и средняя ошибка (m).

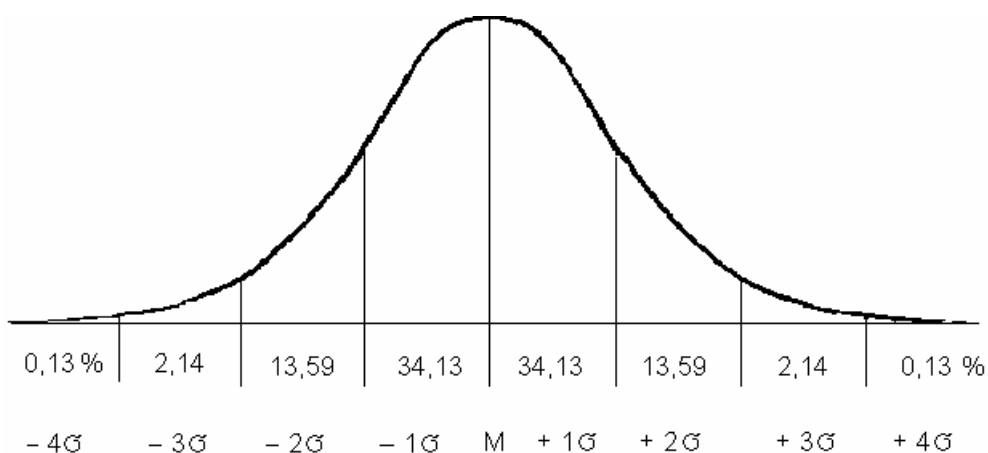


Рис. 2. Нормальное распределение тестовых оценок.

С помощью полученной выборки стандартизации «сырые» оценки результатов обследования преобразовывались в значения стандартных тестовых шкал. Данные преобразования позволяют оценивать индивидуальный результат тестирования путем сопоставления его с тестовыми

нормами (стандартной тестовой шкалой), полученными на выборке стандартизации.

Нередко стандартная оценка неудобна для практического использования, поскольку может выражаться дробным и(или) отрицательным числом. Стенирование является одним из способов приведения нормированных оценок к виду, удобному для практического использования. Оно представляет собой перевод исходных тестовых оценок в выборке стандартизации в 10-балльную равноинтервальную шкалу (шкалу стенов). Это достигается путем разбиения оси значений тестовых оценок в выборке стандартизации на 10 интервалов, соответствующих долям σ . При этом M принимается за среднюю точку шкалы стенов, а шаг отличий нормированных оценок составляет $0,5 \sigma$ (табл. 2).

Таблица 2
Перевод «сырых» значений в нормированные оценки (стены)

Стен	Нормированная оценка	Стен	Нормированная оценка
1	$M - 2,5 \sigma$	6	$M + 0,5 \sigma$
2	$M - 2,0 \sigma$	7	$M + 0,5 \sigma$
3	$M - 1,5 \sigma$	8	$M + 1,5 \sigma$
4	$M - 1,0 \sigma$	9	$M + 2,0 \sigma$
5	$M - 0,5 \sigma$	10	$M + 2,5 \sigma$

При такой системе стандартизации диапазон в $\pm 1 \sigma$, который принято называть средним или нормой, характеризуется стандартными единицами от 4 до 7 стенов. Стандартные оценки 3 и меньше или 8 и больше стенов свидетельствуют об индивидуальных различиях, выходящих за границы средней нормы. Оценки в 2 и 9 стенов получаются при значительном отклонении индивидуальных оценок на $\pm 2 \sigma$.

Для определения категории профессиональной пригодности по блоку общих способностей (см. рис. 1) используются стеновые значения, полученные по выполнению отдельных методик. Для вынесения итогового суждения о профессиональной пригодности необходимо определить категорию ППО по каждому из структурных блоков, после чего определяется общая категория ППО (табл. 3).

По результатам ППО выносятся одно из следующих заключений:

- «рекомендуется в первую очередь» – 1-я категория профессиональной пригодности (полностью соответствует требованиям успешной военно-профессиональной деятельности);
- «рекомендуется» – 2-я категория профессиональной пригодности (в основном соответствует требованиям успешной военно-профессиональной деятельности);

- «рекомендуется условно» – 3-я категория профессиональной пригодности (минимально соответствует требованиям военно-профессиональной деятельности);

Таблица 3

Порядок итогового заключения о категории профессиональной психологической пригодности кандидатов по блоку общих способностей

Батарея тестов ОИР	МЛО «Адаптивность»	Итоговая категория ППО
1	1	1-я
1 2 2	2 2 1	2-я
1 2 3 3 3 1 2	3 3 1 2 3 4 4	3-я
3 4 4 4 4	4 1 2 3 4	4-я

- «не рекомендуется» – 4-я категория профессиональной пригодности (не соответствует требованиям военно-профессиональной деятельности).

С женщинами, которые по результатам ППО были отнесены 3-ю категории, разрешается заключать контракт только при наличии вакантных мест. Женщин, которые показали результаты 4-й категории ППО, призывать на военную службу не рекомендуется. В исключительных случаях, решение об изменении группы профессиональной психологической пригодности женщин, не прошедших ППО, и их допуске к обучению выносятся лично командиром части. Решение о зачислении в военно-учебное заведение женщин, не прошедших ППО, должно юридически оформляться отдельным приказом начальника этого учреждения.

При необходимости по исследуемым методикам можно дифференцировать военнослужащих-женщин по видам деятельности (специальностям) с учетом возрастных особенностей, семейного положения и бытовых условий.

Результаты и их анализ

1. По итогам проведенного исследования были рассчитаны средние значения ОИР у военнослужащих-женщин по следующим показателям: «Аналогии» – $(18,0 \pm 1,2)$ балла; «Числовые ряды» – $(12,5 \pm 0,5)$ балла; «Зрительная память» – $(11,9 \pm 1,3)$ балла; «Образное мышление» – $(14,6 \pm 0,9)$ балла; «Арифметический счет» – $(10,9 \pm 0,9)$ балла; «Вербальная память» – $(14,6 \pm 1,1)$ балл; «Установление закономерностей» – $(21,2 \pm 1,4)$ балла. Итоговой характеристикой ОИР является интегральный показатель – $(103,7 \pm 4,3)$ балла, его перевод в стеновые значения и категорию ППО представлен в табл. 4.

Таблица 4

Шкала перевода значений «сырых» баллов интеллектуальных тестов в стеновые показатели и определение категории профпригодности (для возраста 28–45 лет)

Балл	< 64	65–74	75–84	85–94	95–104	105–114	115–124	125–134	135–144	> 145
Стен	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Категория ППО	4-я			3-я		2-я			1-я	

2. В результате проведенного исследования были рассчитаны средние значения МЛО «Адаптивность» по следующим показателям: ЛАП – $(51,40 \pm 0,78)$ балла; ПР – $(29,03 \pm 0,59)$ балла; КП – $(13,21 \pm 0,20)$ балла; МН – $(9,50 \pm 0,18)$ балла. При дальнейшем расчете показателей учитывался возрастной критерий. Перевод «сырых» баллов в стеновые значения и категории ППО представлен в табл. 5.

Таблица 5

Шкала перевода значений «сырых» баллов в стеновые показатели и определение группы профпригодности по тесту МЛО «Адаптивность»

Оценка	Возраст	Категория ППО									
		4-я		3-я		2-я			1-я		
Балл	17–27	> 80	80–71	71–62	61–53	52–43	42–34	33–24	23–15	14–6	6 <
Балл	28–45	> 97	97–88	87–78	77–68	67–58	57–48	47–38	37–28	27–18	17 <
Стен		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

При необходимости получить более подробные сведения о психологических особенностях личности военнослужащей «сырые» значения шкал 3-го уровня переводились в стены (табл. 6). При этом следует иметь в виду, что значения в 4–6 стена являются средним. Превышение этих зна-

чений свидетельствует о высоком развитии данного качества, а более низкие значения – о недостаточном развитии рассматриваемой характеристики.

Таблица 6

*Перевод в стандартные баллы результатов шкал
3-го уровня МЛО «Адаптивность»*

Стен	Возраст, лет					
	17–27	28–45	17–27	28–45	17–27	28–45
	Шкала, балл					
	ПР		КП		МН	
1	47 >	64 >	20 >	21 >	13 >	12 >
2	42–47	58–64	19–20	20–21	13	12
3	36–41	51–57	17–18	18–19	11–12	11
4	30–35	44–50	15–16	16–17	10	10
5	24–29	38–43	13–14	14–15	8–9	9
6	18–23	30–37	11–12	12–13	7	8
7	12–17	23–29	9–10	10–11	5–6	7
8	6–11	16–22	7–8	8–9	4	6
9	3–5	9–15	4–6	6–7	2–3	5
10	2	8	3	5	1	4

Материалы социально-психологического изучения используются, как правило, на предварительном и заключительном этапах профессионального психологического отбора. Основные характеристики категории ППО приведены в табл. 7. Оценки по блоку социально-психологического изучения являлись составной частью интегральной оценки и использовались в целях коррекции при определении категории профпригодности женщин к военной деятельности.

Обследованные военнослужащие-женщины были распределены по категориям ППО на основе разработанных норм. При корреляционном анализе у военнослужащих-женщин, отнесенных к 1-й и 2-й категориям ППО, получена умеренная обратная корреляционная связь между оценками профессиональной эффективности, данными командирами войсковых подразделений, и «сырыми» значениями ЛАП ($r = -0,45$; $p < 0,05$), и ПР ($r = -0,49$; $p < 0,05$). (Следует еще раз указать, что в МЛО «Адаптивность», чем меньше совпадений результатов обследования отмечается с «ключом», тем более выражен адаптационный потенциал личности). В то же время у военнослужащих-женщин, отнесенных к 3-й и 4-й категории ППО, установлена статистически недостоверная обратная корреляционная связь показателя ЛАП со значением экспертной оценки ($r = -0,11$; $p > 0,05$).

Выявлена умеренная статистически значимая корреляционная связь экспертных оценок профессиональной эффективности военнослужащих-женщин и интегральной оценки ОИР ($r = 0,39$), и оценок отдельных тестов блока ОИР: «Аналогии» ($r = 0,38$), «Образное мышление» ($r = 0,30$), «Арифметический счет» ($r = 0,30$), «Вербальная память» ($r = 0,48$).

Таблица 7

Интерпретация уровня развития адаптационных способностей по тесту МЛО («Адаптивность») [5]

Категория ППО	Интерпретация
1–2-я	Лица с устойчивой адаптацией. Имеют удовлетворительный уровень социального функционирования в течение нескольких лет. Представители этих категорий достаточно легко адаптируются к новым условиям деятельности, быстро «входят» в новый коллектив, достаточно легко и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывают стратегию своего поведения и социализации. Как правило, они не конфликтны, обладают высокой эмоциональной устойчивостью. Функциональное состояние лиц этих групп в период адаптации остается в пределах нормы, работоспособность сохраняется
3-я	Лица с неустойчивой адаптацией. Имеют периодические срывы социального функционирования по незначительным поводам и причинам. Большинство лиц этой категории обладают признаками различных акцентуаций, которые в привычных условиях частично компенсированы и могут проявляться при смене деятельности, поэтому успех адаптации во многом зависит от внешних условий среды. Эти лица, как правило, обладают невысокой эмоциональной устойчивостью. Процесс социализации осложнен, возможны асоциальные срывы, проявления агрессивности и конфликтности. Функциональное состояние в начальные этапы адаптации может быть нарушено. Лица этой группы требуют постоянного контроля
4-я	Лица с признаками дезадаптации. Имеют нарушения социального функционирования, что приводит к серьезным межличностным и внутриличностным конфликтам. Представители этой категории обладают признаками явных акцентуаций характера, а их психическое состояние можно охарактеризовать как пограничное. Процесс адаптации протекает тяжело. Возможны нервно-психические срывы, длительные нарушения функционального состояния. Лица этой группы обладают низкой нервно-психической устойчивостью, конфликтны, могут допускать делинквентные поступки

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования были вычислены нормативные показатели тестов ППО для женщин – кандидатов для зачисления на военную службу. Сопоставление данных обследования с экспертной оценкой эффективности и другими показателями военно-профессиональной адаптации у военнослужащих-женщин выявили статистически значимые корреляционные связи, что может указывать на валидность наших исследований.

Литература

1. *Боброва И.А.* Психологические особенности личности женщин – сотрудников органов внутренних дел МВД России : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Боброва И.А. – СПб., 2005. – 18 с.
2. *Женщина и армия (история, современность, перспектива)* / А.М. Шелепов [и др.] ; Воен.-мед. акад. – СПб., 2005. – 210 с.
3. *Кузина Р.Х.* Психологические особенности профессиональной деятельности военнослужащих-женщин : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Кузина Р.Х. – СПб., 2001. – 20 с.
4. *Маклаков А.Г.* Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» / А.Г. Маклаков // Профессиональный психологический отбор кандидатов в военно-учебные заведения Министерства обороны Российской Федерации : метод. рекомендации / под ред.: А.Н. Глушко [и др.]. – М., 1994. – С. 164–174.
5. *Методические указания по организации и проведению профессионального психологического отбора кандидатов из числа офицеров на учебу в высшие военные учебные заведения МО РФ* / А.А. Боченков, А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин [и др.]. – М. : Воениздат, 2000. – 51 с.
6. *Методы профессионального отбора специалистов : учеб. пособие для вузов* / С.А. Багрецов, В.М. Львов, Н.П. Майданов, П.Я. Шлаен. – Тверь : Триада, 2005. – 184 с.
7. *Непочетая Н.И.* Гендерный контракт женщин на военной службе в России: история и современность в социологическом освещении : автореф. дис. ... канд. социол. наук / Непочетая Н.И. – СПб., 2004. – 24 с.
8. *Новиков В.С.* Теоретические и прикладные основы профессионального психологического отбора военнослужащих / В.С. Новиков, А.А. Боченков. – СПб. : ВМедА, 1997. – 188 с.
9. *Собчик Л.Н.* Изучение психологических особенностей летного состава стандартизированным методом исследования личности : метод. пособие / Л.Н. Собчик, Н.Ф. Лукьянова. – М. : ВВС, 1978. – 70 с.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
ПЕРЕЖИВАНИЯ РАДИАЦИОННОГО РИСКА У НАСЕЛЕНИЯ,
ПРОЖИВАЮЩЕГО НА РАДИОАКТИВНО ЗАГРЯЗНЕННОЙ
ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Обнинский научно-исследовательский центр «Прогноз»,
г. Обнинск, Калужская обл.

Введение

Более 20 лет назад произошла авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС). Тема о психологическом состоянии и психологических аспектах здоровья населения, проживающего на пострадавших после аварии территориях, остается актуальной и в настоящее время [1–7]. Результаты многих исследований, в том числе исследования специалистов Обнинского научно-исследовательского центра «Прогноз» (ОНИЦ «Прогноз»), показали, что авария на ЧАЭС была источником психологического травматического стресса не только для населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, но и населения «чистых» территорий [4–7].

Неблагоприятные психологические последствия аварии существуют в большой степени не как результат реальной радиационной опасности, а как следствие субъективного представления человека о радиации. При этом большую роль в формировании стресса играет дефицит информации о радиации и ее воздействии на человека, а также неадекватная, несвоевременно представленная информация, информация из неавторитетного, сомнительного источника, а также всевозможные слухи и домыслы. В связи с этим актуальной задачей является исследование психологических последствий переживания радиационного риска у населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях.

Начиная с 2002 г. сотрудниками Центра социально-психологической реабилитации населения (ЦСПР) Брянской обл. ведется мониторинг социально-психологического состояния населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях (РЗТ) Брянской обл. [4]. В обобщении результатов обследования приняли участие специалисты ОНИЦ «Прогноз».

Целью исследования явилось выявление актуальных социально-психологических проблем, являющихся причинами социально-психологической напряженности и социальной дезадаптации населения, проживающего на РЗТ.

Материал и методы

Настоящее исследование проводилось с применением методик:

1) шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R – IES-R);

2) методика исследования социально-психологических проблем населения РЗТ (Method research of socially and psychological problems population – MRSPP).

Инструментарий исследования позволяет оценить выраженность таких психологических состояний:

- эмоционально-личностных изменений в связи с субъективными особенностями восприятия угрозы радиационной опасности;

- беспокойства и страхов по поводу медицинских последствий радиации для здоровья;

- внутриличностных конфликтов, связанных с изменениями в личностных установках и когнитивных структурах, сопровождающихся продолжительными состояниями нервного напряжения, повышенной уязвимости, ранимости;

- озабоченности в связи с затруднениями в межличностных контактах, ощущений потерянности, одиночества;

- психологического дискомфорта, связанного с социальной дезадаптацией: неуверенностью в завтрашнем дне, неприспособленностью к изменившимся условиям; ощущением социального тупика, нерешаемостью социальных проблем.

Шкала IES была создана М. Горовицем и соавт. [7] для изучения в исследованиях особенностей реагирования людей на травматические стрессоры. М. Горовиц выделял два типа реакций на стрессоры: «вторжения» и «избегания». Симптомы вторжения включают ночные кошмары, навязчивые чувства, образы или мысли. Ко второй категории относятся симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с травматическим событием, снижение реактивности.

Шкала IES-R применялась в лонгитюдном исследовании реакций на травматические события персонала служб быстрого реагирования после землетрясения в Loma Priet. Были проанализированы симптомы гипервозбуждения, которые определяются как «физиологическая возбудимость»: злость и раздражительность; гипертрофированная реакция испуга; трудности с концентрацией; психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями, бессонница. Надежность шкалы IES-R и ее субшкал для исследований в отечественных условиях была установлена в начале 1990-х годов Н.В. Тарабриной и соавт. на данных, полученных на различных выборках обследуемых лиц (нормальная популяция; профессионалы, род деятельности которых связан с постоянным риском для здоровья и жизни; лица, которые подвергались воздействию потенциально

психотравмирующих событий: ветераны войны в Афганистане, ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС, беженцы) [7].

Методика MRSPР разработана в 1989 г. и усовершенствована В.Н. Абрамовой и соавт. в Обнинском НИЦ «Прогноз», для исследования факторов социально-психологической напряженности и социальной дезадаптации населения РЗТ (после Чернобыльской аварии) в связи с психологическими особенностями восприятия радиационного риска. Проведен анализ отличий восприятия радиационного риска населением и профессионалами [4].

Методика состоит из формализованного индивидуально-ориентированного интервью и обработки результатов обследования [5]. В основе интервью заложен специально разработанный в ОНИЦ «Прогноз» «Классификатор факторов социально-психологической напряженности и социальной дезадаптации населения, подвергшегося радиационному воздействию». Интервью с каждым конкретным жителем загрязненной территории или участником ликвидации последствий аварии на ЧАЭС проводится в форме беседы, в ходе которой специалист психолог задает респонденту вопросы и заполняет специально разработанную форму, соответствующую классификатору. С помощью классификатора исследуются пять факторов социально-психологической напряженности и социальной дезадаптации населения, подвергшегося радиационному воздействию:

- здоровье;
- личностные психологические изменения;
- социально-психологические проблемы взаимоотношений;
- социальные проблемы;
- информированность населения.

Для определения показателей надежности методики MRSPР использовали массив данных, полученных на выборках населения РЗТ России и Беларуси. Надежность методики определялась по показателю α -Кронбаха. Для оценки внешней валидности методики использовались результаты применения в исследовании теста Люшера.

Экспериментальная выборка исследования состояла из 322 респондентов, проживающих на РЗТ Брянской области. В контрольной выборке принимали участие 190 жителей радиоактивно незагрязненных территорий (РНТ) области. Данные по общей выборке ($n = 522$) представлены в табл. 1.

Результаты и обсуждение

Существует мнение, что неблагоприятные психологические последствия аварии существуют в большой степени не как результат реальной радиационной опасности, а как следствие субъективного представления человека о радиации. Это связано с отсутствием непосредственного ощущения воздействия радиации, поэтому, как правило, формируется субъек-

тивное завышение человеком радиационной опасности. Риск обусловлен степенью неопределенности ситуации, то есть угрозой опасности с неопределенными границами. Такой процесс, нарастая лавинообразно, приводит к резкому обострению психологической напряженности и к паническим формам поведения.

Таблица 1

Выборка обследования населения Брянской области (n = 522, 2006 г.)

Параметр обследованной группы		Кол-во	%
Статусные зоны	РНТ	190	36,4
	Зона с правом на отселение	292	55,9
	Зона отселения	40	7,7
Место проживания	Сельское население	228	43,7
	Городское население	294	56,3
Пол	Женщины	232	44,4
	Мужчины	290	55,6
Возрастные группы	16–29 лет	118	22,6
	Женщины (30–55 лет), мужчины (30–60 лет)	321	61,5
	Старше трудоспособного возраста	83	15,9

На первом этапе настоящего исследования был проведен кластерный анализ экспериментальных данных. Кластеризация проводилась по показателям субшкал методики IES-R (вторжение, избегание, физиологическая возбудимость). Выделенные кластеры практически не перекрываются, благодаря большому расстоянию между средними значениями и сравнительно небольшим дисперсиям распределения параметров кластеризации внутри каждого кластера. Это свидетельствует о достаточно достоверном выделении «группы риска», т. е. респондентов с высокими показателями по всем шкалам методики IES-R.

В первый кластер вошли респонденты РЗТ (n = 156) с низкими значениями (< 10) по каждой субшкале методики IES-R (группа «норма»), а во второй (n = 171) – с высокими (> 15) значениями (группа «риска»). Параметры распределения по выделенным группам по всем категориям выборки представлены в табл. 2.

Особенно остро воспринимают радиационный риск респонденты, проживающие в зоне с правом на отселение (см. табл. 2). В 2006 г. 51,6 % из них попало в «группу риска» – это на 17,3 % больше, чем по результатам обследования 2005 г. Среди жителей зоны отселения также произошло увеличение количества респондентов этой группы с 44,8 % в 2005 г., до 57,5 % в 2006 г. Эти люди требуют особой социальной и медико-психологической поддержки.

Одним из основных результатов исследования (см. табл. 2) является установление того факта, что в 2006 г. увеличилось число респондентов, проживающих на РЗТ, у которых к моменту обследования были выявлены неблагоприятные эмоционально-личностные изменения в связи с субъективными особенностями восприятия угрозы радиационной опасности (с 39,6 % в 2005 г. до 54,6 % в 2006 г.). Эти изменения характеризуются следующими основными реакциями: это либо постоянные навязчивые мысли и переживания об аварии, либо старательное их избегание, либо такие симптомы гипервозбуждения, как раздражительность, гипертрофированная реакция испуга, трудности с концентрацией, бессонница.

Таблица 2

Параметры респондентов Брянской области по группам «норма» и «риска», относительно степени психоэмоциональной напряженности, обусловленной радиационным фактором

Обследованная группа		2005 г., n = 524				2006 г., n = 522			
		Риск		Норма		Риск		Норма	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Статусные зоны	РНТ	87	45,3	105	54,7	35	18,4	155	81,6
	Зона с правом на отселение	81	34,3	155	65,7	150	51,6	142	48,4
	Зона отселения	43	44,8	53	55,2	23	57,5	17	42,5
Место проживания	Сельское население	87	46,5	100	53,5	107	46,9	121	53,1
	Городское население	124	36,8	213	63,2	101	34,4	193	65,6
Пол	Женщины	120	39,9	181	60,1	75	32,3	157	67,7
	Мужчины	91	40,8	132	59,2	133	45,9	157	54,1
Возрастные группы	16–29 лет	35	26,5	97	73,5	26	22,0	92	78,0
	Женщины 30–55 лет и мужчины 30–60 лет	96	40,2	143	59,8	143	44,5	178	55,5
	Старше трудоспособного возраста	80	52,3	73	47,7	39	47,0	44	53,0

Далее в результате анализа данных в 2006 г., представленных в табл. 2, была выявлена прямая зависимость между числом респондентов, попадающих в «группу риска» и их возрастом. Особенно остро воспринимают радиационный риск респонденты пожилого возраста, 47,0 % из них попало в «группу риска». Эти люди требуют особой социальной и медико-психологической поддержки. Среди обследованных среднего и молодого возраста также достаточно много лиц попало в «группу риска» (16–29 лет – 22,0 %, 30–55(60) лет – 44,5 %).

Известно, что психологические последствия радиационных аварий имеют свои особенности, связанные с тем, что основным стрессогенным фактором в этом случае является информационный фактор. Большую роль в формировании стресса играют дефицит информации или недоверие к доступной информации, неясность с перспективой существования в целом. За прошедшие годы население загрязненных территорий не получило полной и достоверной информации о последствиях аварии. Те, кому в первую очередь доверяли, от кого ждали разъяснений и помощи, были врачи, специалисты, представители власти. Разноречивость их мнений, употребление ими научного языка и непонятных терминов снижали доверие к ним и, как следствие лишь усиливали у населения эмоциональный стресс.

Состояние социально-психологической напряженности населения и его оценка является одним из важнейших показателей качества жизни человека, а его изучение в ситуации эколого-радиологического неблагополучия является неотъемлемой частью профилактических и реабилитационных мероприятий, проводимых на РЗТ. Анализ распределения таких факторов социально-психологической напряженности и социальной дезадаптации у респондентов, проживающих на РЗТ Брянской обл. как: «Здоровье», «Личностные психологические изменения» и «Социально-психологические проблемы взаимоотношений» (по данным методики MRSPP) позволяет оценить их изменения на протяжении последних пяти лет (табл. 3).

Таблица 3

Выраженность факторов социально-психологической напряженности у респондентов, проживающих на РЗТ Брянской обл. (%)

Фактор напряженности и дезадаптации	Год обследования				
	2002	2003	2004	2005	2006
Здоровье	16,25	30,90	52,87	54,80	48,85
Личностные психологические изменения	14,23	21,50	34,19	44,68	40,71
Социально-психологические проблемы взаимоотношений	17,63	26,10	42,57	46,96	41,82

Из табл. 3 видно, что, начиная с 2003 г., увеличивается количество лиц, испытывающих социально-психологическую напряженность. Следует отметить, на первом месте у населения по значимости стрессорных факторов выступают проблемы, связанные со здоровьем, на втором месте – с личностными психологическими изменениями, далее – обеспокоенность социально-психологическими проблемами взаимоотношений.

Актуальные проблемы здоровья, являющиеся главными причинами беспокойства для жителей РЗТ Брянской обл., представлены в виде: асте-

нии, слабости; неврозов радиационной фобии; психосоматических расстройств. Личностные психологические изменения у респондентов, проживающих на РЗТ, связаны с наличием признаков безответственности, агрессивности к себе, «общим ухудшением характера».

Несмотря на то, что социально-психологические проблемы взаимоотношений не являются ведущими причинами психоэмоционального дискомфорта, они продолжают оставаться стрессорными факторами для респондентов. Для опрошенного населения РЗТ Брянской обл. приоритетными являются: высокая раздражительность, непонимание их другими, потеря друзей, близких.

В числе наиболее тревожных проблем, которые беспокоят население, были названы высокие цены и значительный уровень инфляции (табл. 4). Вариант «высокие цены, инфляция» наряду с «жилищными проблемами», «безработицей» и «слабым экономическим развитием региона» наиболее актуален для людей с низким уровнем жизни на всех территориях, поэтому напрашивается вывод о приоритетности социально-экономической реабилитации регионов, что согласуется с мнением международных экспертов, озвученных на Чернобыльском форуме (Доклад МАГАТЭ «Наследие Чернобыля – медицинские, экологические и социально экономические последствия» (6–7 сент. 2005 г, Вена, Австрия).

Таблица 4

*Озабоченность социальными проблемами у населения РЗТ и РНТ
Брянской обл. (по результатам мониторинга в 2006 г, %.)*

Показатель	РЗТ	РНТ
Высокие цены, инфляция	52	51
Жилищные проблемы	30	32
Преступность, коррупция	24	21
Уровень медицинского обслуживания	33	38
Политическая нестабильность	8	11
Слабое экономическое развитие региона	14	9
Радиоактивное загрязнение окружающей среды и продуктов питания	32	18
Безработица	28	15
Ухудшение здоровья	34	25
Распределение льгот	7	10
Уровень жизни	28	45
Угроза терроризма	6	3

Степень значимости проблем, касающихся радиоактивного загрязнения окружающей среды и продуктов питания, имеет существенные различия в зависимости от зоны проживания, что свидетельствует об акту-

альности данной проблемы и через 20 лет для людей, проживающих на территории Чернобыльского следа. Ранг значимости этой проблемы снижается по мере уменьшения уровня радиоактивного загрязнения. Если на «чистой» территории это волнует 18 % респондентов, то на РЗТ вопросы о состоянии окружающей среды волнуют 32 % населения. Достаточно большое количество людей, обеспокоенных этой проблемой на «чистой» территории, обусловлено близостью загрязненных районов и возможной миграцией населения из одной статусной зоны в другую.

Надо отметить, что очень актуальным для жителей всех территорий остается озабоченность ухудшением здоровья. Значимость этой проблемы растет в зависимости от статуса зоны проживания. Отсюда и следующая группа проблем – недостаточно высокий уровень медицинского обслуживания, который волнует, как респондентов на РЗТ, так и на РНТ.

Выводы:

1. Результаты исследования свидетельствуют о том, что до сих пор нет оснований говорить о заметных позитивных изменениях социально-психологического состояния населения Брянской обл., подвергшегося радиационному воздействию.

2. Одним из основных результатов исследования является установление того факта, что в 2006 г. увеличилось число респондентов, проживающих на РЗТ, у которых к моменту обследования были выявлены неблагоприятные эмоционально-личностные изменения в связи с субъективными особенностями восприятия угрозы радиационной опасности (с 39,6 % в 2005 г. до 54,6 % в 2006 г.).

3. Население РЗТ почти в 2 раза больше обеспокоено радиоактивным загрязнением окружающей среды и продуктов питания, чем население, проживающее в «чистой зоне». Данный факт может свидетельствовать о том, что информационный образ катастрофы на ЧАЭС является до сих пор тревожным фактором для жителей РЗТ.

4. Проведение информационно-разъяснительной работы среди пострадавшего населения и участников ликвидации последствий радиационных аварий является первостепенным делом органов власти всех уровней, специалистов системы здравоохранения, социальной защиты, образования, общественных организаций.

Литература

1. *20 лет* чернобыльской катастрофы: итоги и перспективы преодоления ее последствий в России : рос. нац. доклад. – М., 2006. – 96 с.

2. *Гуманитарные* последствия аварии на чернобыльской АЭС. Стратегия реабилитации : отчет, подготовленный по поручению ПРООН и ЮНИСЕФ при поддержке УКГД ООН и ВОЗ. – 2002.

3. *Зыкова И.А.* Мониторинг социально-психологических эффектов у населения радиоактивно загрязненных территорий : пособие для врачей / И.А. Зыкова, Г.В. Архангельская. – СПб., 1999. – 25 с.

4. *Практическое* руководство по совершенствованию информационных технологий при работе с населением радиоактивно загрязненных территорий / под общ. ред. В.Н. Абрамовой ; ОНИЦ «Прогноз». – Обнинск, 2004. – 156 с.

5. *Совершенствование* информационных технологий при работе с населением радиоактивно загрязненных территорий : практ. рекомендации / под ред. В.Н. Абрамовой ; ОНИЦ «Прогноз». – Обнинск, 2005. – 88 с.

6. *Радиационные* катастрофы и психическое здоровье населения / Румянцева Г.М. [и др.] // Рос. психиатр. журн. – 1998. – № 2. – С. 35–41.

7. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб., 2001. – 60 с.

Статья принята в печать 30.11.2006 г.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ

Ю.В. Ястребов

ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧЕРЕЗ ЭЛЕКТРОПРОВОДНОСТЬ ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
физической культуры

В настоящее время для целей психодиагностики используются тесты – опросники [9, 10], которые имеют ряд существенных недостатков: возможность обследуемого влиять на результаты исследования (неискренность, негативное отношение к обследованию, случайная ошибка: что-то прослушал, что-то не понял), большие затраты времени и проблематичность тестирования в раннем детском возрасте. В то же время в практике спортивной и восстановительной медицины активно применяется метод электропунктурной диагностики (ЭПД), основанный на измерении электрических параметров 24 репрезентативных точек акупунктуры (ТА) и получении объективной экспресс-информации о функциональном состоянии 12 парных классических (энергетических) меридианов, отражающих состояние внутренних органов и систем организма независимо от возраста и желания обследуемого [2, 11].

Метод ЭПД базируется на принципах древнекитайской медицины, согласно которым организм человека рассматривается как единое целое, как психосоматическое единство внутренних органов и психических функций организма [3, 8]. При этом данные об электрических параметрах ТА являются объективным источником информации о функционировании всего организма [1]. Так, согласно [12], «система измеряемых меридианов отвечает не только за физиологическое состояние организма – определённый набор органов и систем, но и за состояние эмоционально-чувственной сферы».

Благодаря доступности кожных покровов, исключению травмирующих (физически и психически) инструментальных воздействий, сравнительной простоте и скорости обследования метод ЭПД выгодно отличается от других методов функциональной диагностики. Кроме того, важным достоинством метода ЭПД является возможность донозологической диагностики функционального состояния организма, до появления клинических признаков заболевания, что позволяет своевременно провести необходимые профилактические мероприятия.

Анализ отечественной [4] и зарубежной [13] научно-методической литературы показал, что при различных заболеваниях имеет место косвенная взаимосвязь психического состояния человека и функционального состояния его внутренних органов. Однако данный метод в существующем виде не позволяет количественно определить психофизиологические показатели обследуемых. Рабочей гипотезой исследования является предположение автора о достаточной диагностической информативности метода ЭПД в отношении количественной оценки психофизиологических показателей.

Целью исследования является разработка нового методического подхода к определению психофизиологических показателей по результатам ЭПД. В соответствии с целью были поставлены две задачи:

- 1) установить наличие количественной взаимосвязи между психофизиологическими показателями и электропроводностью ТА (на примере тестов САН и Люшера);
- 2) экспериментально подтвердить установленную взаимосвязь.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели обследованы 72 человека обоего пола, в том числе 42 юных спортсмена в возрасте 15–20 лет Училища олимпийского резерва № 1 и 30 студентов Государственного политехнического университета в возрасте 20–22 лет (т. е. выборка была практически однородной). Сущность исследования заключалась в одновременном тестировании обследуемых двумя независимыми методами (психологическое тестирование и ЭПД по Накатани), обработке полученных экспериментальных данных и выявлении количественной взаимосвязи между психофизиологическими показателями и электропроводностью ТА.

Психофизиологический профиль обследуемых в баллах определяли по опроснику САН (самочувствие, активность, настроение) и проективному 8-цветовому тесту Макса Люшера: применялись коэффициенты аутогенная норма (АТ) и вегетативный коэффициент (ВК) [9, 10]. Следует отметить, что для расчета были использованы лишь достоверные данные, малоискренние и неискренние ответы были отбракованы по тесту Айзенка.

Соматический профиль обследуемых определяли методом ЭПД по Накатани [1, 2, 10, 11, 15]. В качестве репрезентативных ТА, в проекциях которых производят электропунктурные измерения, использовали 24 «точки-пособники» на кисти и стопе. Электрокожное сопротивление (ЭКС) ТА измеряли при помощи программно-аппаратного комплекса «АКРО», разработанного в Физико-техническом институте им. А.Ф. Иоффе Российской академии наук [10]. Математическая обработка данных проводилась с использованием метода множественного регрессионного анализа.

Результаты и их обсуждение

На основе полученных экспериментальных данных по 42 спортсменам на персональном компьютере с помощью пакета стандартных программ Statistica 6.0 и специальной компьютерной программы SSPS-10.0 проведён регрессионный анализ.

В результате множественного регрессионного анализа получены пять математических моделей исследуемых психофизиологических показателей через электропроводность репрезентативных ТА: самочувствие (А1), активность (А2), настроение (А3), АТ-норму (А4) и ВК (А5).

Массив данных для расчёта каждого психофизиологического показателя через ЭКС ТА формировали из 25 переменных, из которых 24 независимые переменные (результаты электропунктурных измерений ТА в реальном масштабе времени), а 25-я зависимая переменная (функция 24 переменных) – определяемый показатель. На основании полученных экспериментальных данных с помощью программы SSPS-10.0 рассчитывали линейное уравнение множественной регрессии вида:

$$A = a[0] + a[1] \cdot X[1] + \dots + a[24] \cdot X[24], \quad (1)$$

где: А – определяемый психологический показатель;
а[0] – регуляторная константа (свободный член);
а[1] – а[24] – расчётные значения весовых коэффициентов по каждому меридиану со знаками (+) или (-);
X[1] – X[24] – измеренные значения ЭКС в 24 ТА.

Для определения каждого психофизиологического показателя получен ряд математических моделей, каждая из которых представляет собой количественную взаимосвязь показателя с электропроводностью ТА для определённого числа меридианов.

В качестве примера в табл. 1 представлены 13 математических моделей для оценки настроения (А3). Анализ табл. 1 показал, что в зависимости от числа значимых меридианов математические модели различаются показателями коэффициента множественной регрессии (R) и коэффициента достоверности модели (Rsg). По критерию достоверности достаточно точным показателем является математическая модель № 13 (Rsg = 0,613), которая принята нами для определения настроения и более полно представлена в табл. 2.

Высокое значение коэффициента множественной регрессии R = 0,783 позволяет заключить, что электропроводность ТА очень тесно связана со значением настроения. Как видно из табл. 2, наибольшее влияние на показатель А3 (настроение) оказывает ЭКС левой ветви меридиана желудка Ел (весовой коэффициент – 0,204), гиперфункция которой приводит к его снижению.

Таблица 1

Математические модели для оценки настроения (А3)

№ модели	Число ТА	R	R sg
1	24	0,848	0,719
2	23	0,848	0,719
3	22	0,848	0,718
4	21	0,847	0,718
5	20	0,846	0,716
6	19	0,844	0,712
7	18	0,841	0,708
8	17	0,831	0,691
9	16	0,824	0,679
10	15	0,817	0,668
11	14	0,806	0,650
12	13	0,800	0,640
13	12	0,783	0,613

Таблица 2

Результаты регрессионного анализа для построения
математической модели настроения А3 (n = 42)

Регуляторная константа	ТА	Весовой коэффициент	Стандартная ошибка	t	p
7,7395	-	-	0,701	11,033	0,000
	Р л	0,119	0,005	2,315	0,029
	GI пр	0,161	0,004	3,747	0,001
	Е пр	-0,101	0,005	-2,075	0,049
	Е л	-0,204	0,005	-3,858	0,001
	С л	-0,124	0,005	-2,443	0,022
	IG пр	-0,132	0,005	-2,856	0,009
	Р пр	-0,150	0,005	-2,937	0,007
	МС пр	0,119	0,007	1,832	0,079
	TR л	-0,009	0,005	-1,824	0,081
	VB пр	-0,011	0,006	-1,759	0,091
	VB л	0,025	0,006	3,885	0,001
	F пр	0,017	0,006	2,948	0,007

Условное обозначение:

меридианы: лёгких (Р), толстого кишечника (GI), желудка (Е), селезенки (RP), сердца (С), тонкого кишечника (IG), мочевого пузыря (V), почек (R), перикарда (МС), тройного обогрвателя (TR), желчного пузыря (VB) и печени (F); л и пр – левая и правая ветви меридиана; t – критерий Стьюдента; p – уровень значимости.

По данным табл. 2 получено уравнение множественной регрессии, которое представляет собой количественную взаимосвязь между электрокожным сопротивлением ТА значимых меридианов и значением настройки (A3) через весовые коэффициенты и регуляторную константу:

$$A3 = 7,74 + 0,12 \cdot P_{л} + 0,16 \cdot GI_{np} - 0,1 \cdot E_{np} - 0,2 \cdot E_{л} - 0,12 \cdot C_{л} - 0,13 \cdot IG_{np} - 0,15 \cdot R_{np} + 0,12 \cdot MC_{np} - 0,01 \cdot T R_{л} - 0,01 \cdot VB_{np} + 0,02 \cdot VB_{л} + 0,02 \cdot F_{np}, \quad (2)$$

где: P, GI, E, C, IG, R, MC, TR, VB и F – показатели ЭКС ТА меридианов (их условное обозначение см. табл. 2).

Аналогично получены математические модели для определения показателей самочувствия (A1), активности (A2), АТ-нормы (A4) и ВК (A5):

$$A1 = 8,25 + 0,446 \cdot P_{л} - 0,392 \cdot RP_{л} - 0,834 \cdot C_{л} + 0,796 \cdot IG_{л} + 0,696 \cdot V_{np} - 0,302 \cdot R_{np} - 0,455 \cdot TR_{л}, \quad (3)$$

$$Rsq = 0,600$$

$$A2 = 6,35 - 0,284 \cdot E_{np} - 0,392 \cdot RP_{np} + 0,924 \cdot IG_{л} + 0,713 \cdot V_{np} - 0,482 \cdot R_{np} - 0,733 \cdot TR_{np} + 0,590 \cdot F_{np} - 0,301 \cdot F_{л}, \quad (4)$$

$$Rsq = 0,570$$

$$A4 = 5,38 + 0,712 \cdot GI_{np} - 0,635 \cdot E_{np} + 0,673 \cdot RP_{л} - 0,735 \cdot C_{np} + 0,497 \cdot IG_{np} - 0,329 \cdot IG_{л} + 0,208 \cdot R_{np} - 0,494 \cdot R_{л} + 0,605 \cdot MC_{л} - 0,584 \cdot TR_{np} - 0,416 \cdot TR_{л} + 1,242 \cdot VB_{np} - 0,399 \cdot VB_{л} - 0,360 \cdot F_{л}, \quad (5)$$

$$Rsq = 0,570$$

$$A5 = 1,914 - 0,682 \cdot P_{np} + 0,422 \cdot GI_{np} + 0,478 \cdot E_{np} - 0,346 \cdot RP_{л} - 1,198 \cdot IG_{np} + 0,287 \cdot V_{np} + 0,528 \cdot R_{np} + 1,125 \cdot MC_{np} + 0,571 \cdot TR_{np} - 0,824 \cdot VB_{np} - 0,826 \cdot F_{np}, \quad (6)$$

$$Rsq = 0,698$$

где: P, GI, E, RP, C, IG, V, R, MC, TR, VB и F – показатели ЭКС ТА меридианов (их условное обозначение см. табл. 2),
Rsq – коэффициент достоверности математической модели.

Полученные уравнения множественной регрессии для показателей A1–A5 представляют собой количественную взаимосвязь между ЭКС ТА значимых меридианов и их значениями в баллах через весовые коэффициенты и регуляторную константу.

В данных формулах первые сомножители – это расчетные значения весовых коэффициентов по каждому значимому меридиану, постоянные для конкретного психофизиологического показателя и конкретного меридиана, а вторые сомножители – измеренные текущие значения ЭКС ТА в кОм на правой и левой стороне тела соответствующих меридианов.

Исследование данных зависимостей по полу и возрасту на обследуемом контингенте (42 человека) не выявило достоверных различий между ними. Поэтому уравнения предложены общие для мужчин и женщин.

Экспериментальная проверка эффективности метода электропунктурной психодиагностики проводилась на 30 студентах. Сравнительный анализ значений исследуемых психофизиологических показателей А1–А5, полученных двумя независимыми способами, показал достаточно высокую степень их взаимосвязи (максимальное расхождение $\Delta = \pm 0,5$ балла при 7-балльной шкале). В табл. 3 для сравнения приведены значения самочувствия А1, активности А2 и настроения А3, полученные путём психологического тестирования и ЭПД для 10 человек: 5 мужчин и 5 женщин (из выборки в 30 человек).

Таблица 3

Сравнительная оценка значений психологических показателей А1, А2 и А3 по результатам психологического тестирования и математической модели, в баллах (n = 10)

А1	Тест	4,5	4,8	4,8	5,7	5,9	5,0	4,4	5,0	6,1	5,5
	Модель	4,0	5,2	5,1	5,3	5,5	5,0	4,8	5,5	6,6	5,0
А2	Тест	4,6	3,3	5,5	5,3	5,3	5,8	5,0	5,2	5,8	6,0
	Модель	4,2	3,0	5,0	5,0	5,5	5,6	5,5	5,0	6,0	6,1
А3	Тест	5,3	4,6	6,2	6,2	6,1	4,6	5,2	6,2	6,5	6,2
	Модель	5,0	4,1	6,0	6,0	6,0	4,5	6,0	6,0	6,6	6,5

Таким образом, в результате множественного регрессионного анализа разработаны достаточно точные ($p < 0,05$) математические модели, описывающие психофизиологические показатели А1–А5 в баллах через ЭКС ТА и выражаемые формулами (2–6). Зная меридианы, реально участвующие в регуляции данных психологических показателей, а также знаки и весовые коэффициенты их регуляторных влияний, можно осуществить прогнозируемую регуляцию путём целенаправленного и дозированного воздействия на определённый меридиан известными способами рефлексотерапии. На данный способ получен патент на изобретение, зарегистрированный в Роспатенте [14].

Проведённые исследования представляют собой принципиально новый подход к оценке организма человека как единой системы, что особенно важно при индивидуальном подходе к коррекции нарушений психического состояния. Результаты исследований показали, что система энергетических меридианов является одной из базовых сигнальных систем, оказывающих регуляторное воздействие на все основные функции организма. Причём её значение для организма долгое время современной медициной игнорировалось. Многие врачи до сих пор считают систему энергетических меридианов человека просто «восточной экзотикой». В на-

стоящее время получены доказательства существования энергетических меридианов [5, 6].

Предложенный способ меридианной психодиагностики может служить основанием для создания новых диагностических и лечебных приборов. Например, данный методологический подход может быть использован и при других методах меридианной диагностики: при электропунктуре по методу Матаяма и при термпунктуре по методу Акабанэ.

Выводы

1. Проведённые исследования показали возможность определения психофизиологических показателей через электропроводность ТА значимых меридианов, их весовые коэффициенты и регуляторную константу.

2. С помощью метода множественной регрессии разработаны статистически значимые ($p < 0,05$), информационно способные (R_{sq} не менее 0,57) математические модели расчета значения показателей самочувствия (А1), активности (А2), настроения (А3), аутогенной нормы (А4) и вегетативного коэффициента (А5), которые представляют собой количественную взаимосвязь между их значениями в баллах и ЭКС ТА значимых меридианов.

3. Зная меридианы, реально участвующие в регуляции психофизиологического состояния, а также знаки и весовые коэффициенты их регуляторных влияний, можно осуществить прогнозируемую коррекцию путём целенаправленного и дозированного воздействия на определённый меридиан известными способами рефлексотерапии.

Литература

1. *Биологически активные точки – объективный источник информации о функционировании организма / А.С. Андронов [и др.] ; ЦНИИ «Румб» // Судостроительная промышленность. – 1990. – Вып. 28. – 3–23 с.*

2. *Бойцов И.В. Электропунктурная диагностика по «риодораку» / И.В. Бойцов. – Витебск, 1996. – 189 с.*

3. *Волков И.П. Тело и психика человека в их единстве и противоположности / И.П. Волков. – СПб., 2001. – 140 с.*

4. *Дюк В.А. Раскрытие взаимосвязей психического и биологического на основе методов акупунктуры: возможности и перспективы применения в телемедицине / В.А. Дюк // Телемедицина. Новые информационные технологии на пороге XXI века / Ин-т информатики и автоматизации РАН. – СПб., 1998. – С. 273–302.*

5. *Ионичевский В.А. Критический анализ классических и современных представлений о точках «5 первоэлементов» в системе точек акупунктуры / В.А. Ионичевский. – Хабаровск, 1984. – 49 с.*

6. *Лиманский Ю.П.* Гипотеза о точках акупунктуры как полимодальных рецепторах системы эоцептивной чувствительности / Ю.П. Лиманский // Физиол. журн. – 1990. – Т. 36, № 4. – С. 101–117.
7. *Лувсан Г.* Очерки методов восточной рефлексотерапии / Г. Лувсан. – Новосибирск : Наука, 1991. – 432 с.
8. *Лучшие* психологические тесты. – Петрозаводск : Петроком, 1992. – 319 с.
9. *Методики* психодиагностики в спорте / В.Л. Марищук, Ю.М. Блудов, В.А. Плахтиенко, Л.К. Серова. – М., 1984. – 202 с.
10. *Определение* функционального состояния канала по данным измерения электрокожного сопротивления (ЭКС) в одной точке / А.И. Нечушкин [и др.] // Иглорефлексотерапия. – Горький, 1974. – С. 22–25.
11. *Оценка* функционального состояния организма при помощи информации, снятой с биологически активных зон (компьютерная экспресс-диагностика) : метод. рек. – М. : Леч.-оздор. об-ние Адм. Президента РСФСР, 1991. – С. 4–38.
12. *Подколзин А.А.* Старение, долголетие и биоактивация / А.А. Подколзин, В.Н.Донцов. – М., 1966. – 139 с.
13. *Стояновский Д.Н.* Частная рефлексотерапия : справочник / Д.Н. Стояновский ; под ред. С.М. Зольникова. – Кишинев : Картя Молдованяскэ, 1990. – 332 с.
14. *Способ* определения психологического состояния человека : пат. 2294140 Российская Федерация, МПК⁷ А61В 5/053 / Ястребов Ю.В. – Заявл. 28.12.2004, опубли. 27.02.2007, Бюл. № 6.
15. *Nakatani Y. Riidoraku Akupunktüre* / Y. Nakatani, K. Yamashuta. – Токуо, 1977. – 53 р.

Статья принята в печать 05.12.2006 г.

Н.Н. Богданов, А.В. Ильина, А.К. Макаров, С.А. Бабайцев

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СОСТОЯНИЯ ОПЕРАТОРОВ-ПОДВОДНИКОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВОЕННО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования;
15 ЦНИЛ ВМФ, Санкт-Петербург

Напряженный характер деятельности является специфической чертой операторской профессии. Наряду с неблагоприятным воздействием физико-химических и социальных факторов внешней среды, существенное влияние на работоспособность оператора и его психическое состояние оказывают и информационные параметры деятельности – содержание, объем, темп предъявления информации, и другие характеристики. Комплекс воздействий вызывает у оператора состояние эмоциональной напряженности и утомление. Психическое перенапряжение оказывает неоднозначное влияние на деятельность, однако, выраженные его формы и, особенно, у эмоционально неустойчивых лиц имеют явно деструктивный характер, вызывая нарушение ряда психических функций, и в конечном итоге развивается стрессовое состояние [5].

Давно известно, что определенные психологические состояния оказывают влияние на физическое самочувствие человека. Однако в последние годы взгляды на взаимосвязь между психологическим стрессом и соматическими заболеваниями существенно пересмотрены. Прежде всего, такая взаимосвязь представляется гораздо более тесной, чем считалось ранее. В настоящее время многие соматические заболевания считаются до известной степени «психосоматическими» [1].

Одним из наиболее значимых аспектов психосоматической медицины является ответ на вопрос о причинах трансформации адаптивных физиологических реакций в патологические. Установлено, что успешность адаптации обеспечивается согласованным функционированием сложной психофизиологической структуры, существенное место в которой принадлежит соотношению параметров потребностно-мотивационной сферы и гемодинамики [8]. Кроме того, на современном этапе особое значение приобретают исследования состояний предболезни, развивающихся в результате действия стрессорных факторов.

Регламентированные режимы вахт по обслуживанию боевых постов и пунктов управления приводят к формированию у операторов-подводников хронического стресса, как системной реакции на военно-профессиональную деятельность в суб- и экстремальных условиях при

прогрессивном снижении физиологических резервов регуляции и их энергетического обеспечения [6].

Специфика профессиональной деятельности плавсостава ВМФ отражается в первую очередь на функциональном состоянии ЦНС. Известно, что в период походов подводных лодок личный состав вынужденно подвергается воздействию ряда факторов, обусловленных изоляцией от внешнего мира: сенсорной недостаточностью и слабостью кинестатической афферентации; малой информативностью наличных раздражителей и дефицитом внешней информации; монотонностью деятельности и однообразием обстановки. Уменьшение потока афферентных импульсов в ЦНС сопровождается снижением тонуса активирующих влияний ретикулярной формации головного мозга, что закономерно приводит к распространению тормозного процесса в коре больших полушарий и растормаживанию подкорковых образований. Следствием ослабленного влияния корковых отделов на нижележащие структуры является возникновение негативизма и агрессивности. Длительная изоляция и сенсорная депривация сопровождаются рядом негативных психических явлений: ухудшается настроение; развиваются состояния тоски, пессимизма, ипохондрии; понижается вербальная активность; завышаются требования к окружающим лицам; обостряется восприятие интонаций голоса человека [3]. Таким образом, развивается состояние психоэмоционального перенапряжения, которое является в дальнейшем одной из важнейших причин возникновения соматической патологии.

Ряд авторов выделяет у моряков хронический токсический стресс, как результат поступления в организм вредных веществ экзогенной и эндогенной природы. Длительный стресс, развивающийся при пролонгированном действии малых доз химических веществ, характеризуется стертыми клиническими проявлениями. Ионы тяжелых металлов и другие ксенобиотики, поступающие с пищей и водой, ингибируют активность ферментов, участвующих в процессах детоксикации, тормозят скорость катаболизма кетостероидов, способствуя накоплению их в организме. При этом длительное влияние гормонов, участвующих в формировании реакций стресса, нарушает обмен веществ, приводит к дистрофическим изменениям и срыву адаптационных механизмов [7].

В большинстве работ, посвященных исследованию проблемы здоровья операторов-подводников отмечается, что уровень их здоровья тесно связан с продолжительностью профессиональной деятельности. Целью настоящего исследования было определение специфических физиологических изменений в организме операторов в условиях экстремальной военной службы в зависимости от стажа профессиональной деятельности.

Решение этого вопроса представляется актуальным для определения момента перехода адаптивных физиологических изменений систем в па-

тологическое состояние, когда отсутствуют ещё внешние клинические проявления болезни.

Материал и методы исследования

Исследования проведены на 90 операторах мужского пола, которые были распределены на четыре группы в зависимости от стажа операторской деятельности. В 1-ю группу вошли лица, обучающиеся операторской деятельности в течение полугода (16 чел.), их средний возраст составил 28,9 лет; во 2-ю группу – лица со стажем от полугода до двух лет (11 чел.), средний возраст – 28,5 лет. Следует заметить, что общий период обучения у операторов-подводников составлял два года. 3-я группа была представлена операторами со стажем от 2 до 10 лет (51 чел.), со средним возрастом – 36 лет, а 4-я группа – со стажем более 10 лет (11 чел.) и средним возрастом 40 лет. Настоящие исследования проводились с лицами операторского профиля в разные периоды их военно-профессиональной деятельности: в период подготовки в учебном центре, а также в ходе их дальнейшей службы (в динамике). Распределение операторов на четыре группы осуществлялось с учётом только стажа операторской деятельности военнослужащего.

В качестве метода диагностики специфических физиологических изменений систем при выполнении операторской деятельности и временных границ формирования патологии при действии стрессорных факторов был применен аурикулярный криорефлексотест (АКРТ) [2]. Программно-аппаратный комплекс рекомендован Комитетом по новой медицинской технике Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 4 от 09 ноября 2001 г.) к серийному производству и применению в медицинской практике. Регистрационное удостоверение МЗ РФ № 29/23041101/3338-02 от 27.02.2002 г.

Техническая реализация метода в виде компьютерного программно-аппаратного комплекса позволяет определять показатели вегетативного статуса: вегетативный тонус, вегетативную реактивность и вегетативное обеспечение деятельности (ВОД). Метод АКРТ основан на регистрации порогов холодовой чувствительности нервно-рецепторного аппарата ушной раковины. Пороги холодовой чувствительности измерялись в рефлексогенных зонах ушной раковины при импульсном их охлаждении с нарастающей интенсивностью. Охлаждение ушной раковины осуществлялось с помощью криозонда. При достижении ощущения импульса холода испытуемый нажимал кнопку «Стоп», что прекращало процесс охлаждения. Управление работой прибора, обработка результатов измерений, формирование базы данных осуществлялось пакетом специального программного обеспечения. Компьютерная обработка результатов обеспечивала оценку, графическое и цифровое отображение показателей вегетативного статуса. АКРТ обследуемым лицам проводился тоекратно с интервалом

от 0,5 до 48 час. Наличие временного интервала между обследованиями обусловлено задачей оценки вегетативной регуляции физиологических систем в динамике. На основании трех измерений рассчитывались средние величины данных у конкретного лица. В промежутках между обследованиями с операторами осуществлялась имитация реальных условий их деятельности, воздействие на обследуемых стрессорных факторов (моделирование различных аварийных ситуаций).

Полученные результаты статистически обработаны. Для каждой выделенной группы операторов было рассчитано среднее значение отклонения показателей вегетативного статуса от «коридора» нормы, определена величина и достоверность отклонения от нормы. На графики выведены средние значения и доверительный интервал ошибки средних значений при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Схема вегетативного обеспечения деятельности висцеральных систем и функционального состояния ЦНС у операторов 1-й группы представлена на рис. 1.

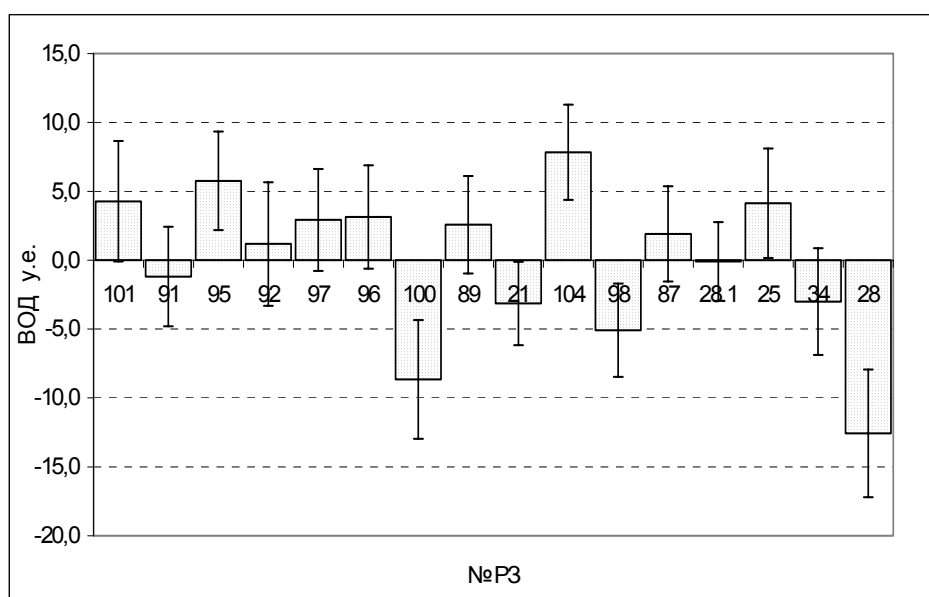


Рис.1. Вегетативное обеспечение деятельности у операторов 1-й группы.

Условные обозначения:

по горизонтали: номера аурикулярных рефлексогенных зон по международной номенклатуре (101 – Легкое, 91 – Толстая кишка, 95 – Почки, 92 – Мочевой пузырь, 97 – Печень, 96 – Желчный пузырь, 100 – Сердце, 89 – Тонкая кишка, 21 – Коронарное кровоснабжение, 25 – Ствол мозга, 104 – Кровоснабжение внутренних органов, 98 – Селезенка, 87 – Желудок, 28.1 – Гипоталамус, 34 – Кора головного мозга, 28 – Гипофиз); по вертикали – среднее значение отклонения ВОД группы операторов от нормы (0,0) в усл. ед.; вертикальная черта – доверительный интервал ошибки средней ($p < 0,05$).

Анализ данных*, представленных на рис. 1, позволяет отметить со стороны мозговых структур (здесь и далее аурикулярные точки: 25, 34, 28.1 и 28) избыточное преобладание функциональной активности ствола головного мозга (25) и недостаточная функциональная активность со стороны гипофиза (28). Со стороны центров регуляции висцеральных систем имело место избыточное вегетативное обеспечение деятельности в системе мочеобразования (95), сосудистой системе (104). Недостаточное ВОД выявлено в системе регуляции сердца (100) и селезенки (98).

Результаты обследования ВОД у лиц 2-й группы представлен на рис. 2. Выявлено снижение функциональной активности со стороны гипоталамо-гипофизарной системы (28.1, 28), со стороны центров регуляции висцеральных систем – избыточное ВОД дыхательной системы (101) и сосудистой системы (104).

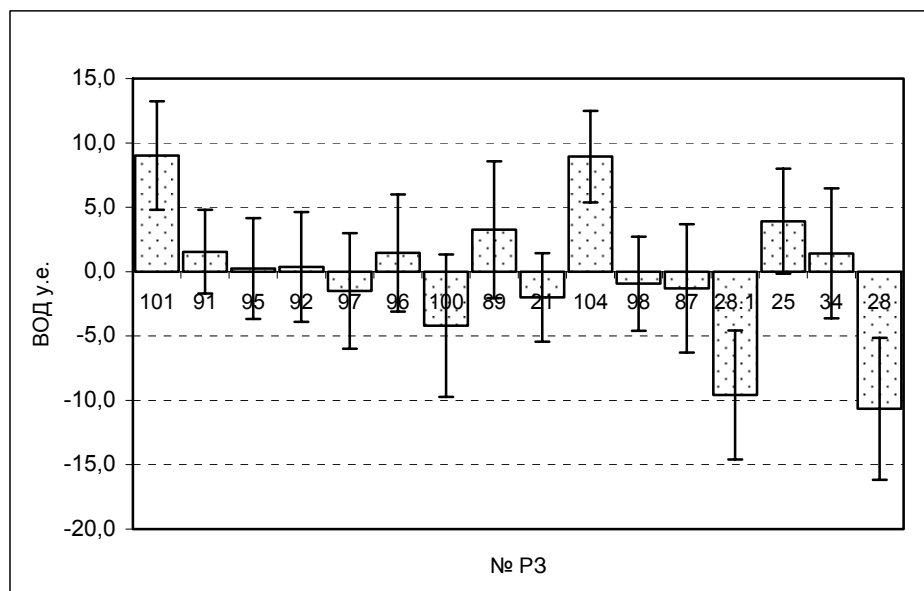


Рис. 2. Вегетативное обеспечение деятельности у операторов 2-й группы (условные обозначения см. рис.1).

На рис. 3 представлены показатели ВОД у операторов 3-й групп. Со стороны мозговых структур (25, 34) выявлено преобладание повышенной активности коры (34) и ствола головного мозга (25). Со стороны гипоталамо-гипофизарной системы (28.1, 28), наоборот, обнаружено снижение функциональной активности. Со стороны центров регуляции висцеральных систем имело место избыточное ВОД дыхательной системы (101),

*Прим. редактора

До настоящего времени не выявлено четких проекций систем (определенных органов) на зоны ушной раковины (точки акупунктуры), поэтому не всегда следует отождествлять физические характеристики конкретных зон ушной раковины с функциональным состоянием определенных органов, даже если они имеют одинаковые названия.

системы мочеобразования (92), мочевыведения (95), сосудистой системы (104). Недостаточное ВОД выявлено в центрах регуляции гепатолиенальной системы (97, 98), коронарного кровообращения (21) и желудка (87).

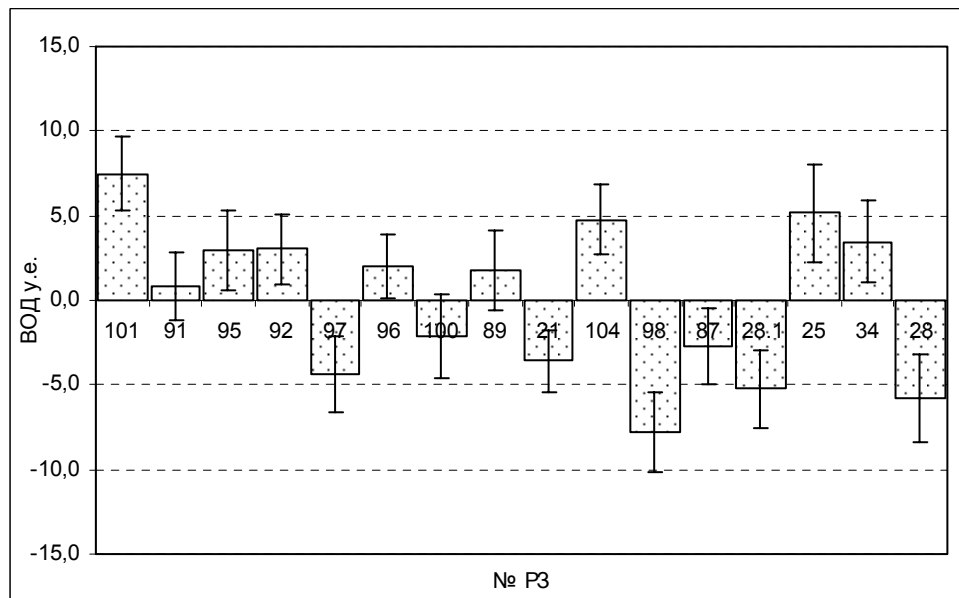


Рис.3. Вегетативное обеспечение деятельности у операторов 3-й группы (условные обозначения см. рис.1).

На рис. 4 представлены показатели вегетативного обеспечения деятельности у операторов 4-й группы

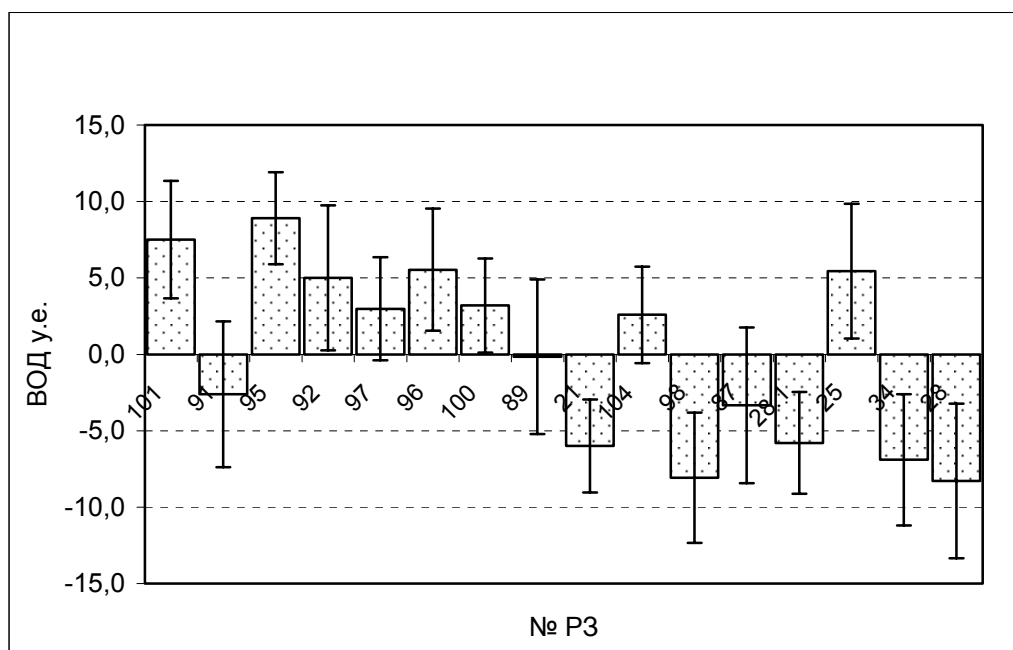


Рис.4. Вегетативное обеспечение деятельности у операторов 4-й группы (условные обозначения см. рис.1).

Со стороны мозговых структур (25, 34) выявлено преобладание повышенной активности ствола головного мозга (25), пониженной активности коры головного мозга (34). Со стороны гипоталамо-гипофизарной системы (28.1, 28) обнаружено снижение функциональной активности. Со стороны центров регуляции висцеральных систем, в дыхательной системе (101), системе мочеобразования (95), мочевыведения (92), желчного пузыря (96) выявлено достоверное отклонение от нормы в виде избыточного ВОД. Недостаточное вегетативное обеспечение деятельности выявлено для центров регуляции коронарного кровообращения (21) и селезенки (98).

Для наглядности сравнения ВОД у операторов с разным стажем работы результаты сведены в таблицу (см. табл.)

Таблица

Вегетативное обеспечение деятельности операторов ВМФ с разной длительностью профессиональной работы

			1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
Центральная нервная система		Кора головного мозга			■	■
		Гипоталамус		■	■	■
		Гипофиз	■	■	■	■
		Ствол головного мозга	■		■	■
Висцеральные системы	Дыхательная система	Лёгкие		■	■	■
		Сердечно-сосудистая система	Сердце	■		
	Коронарное кровоснабжение				■	■
	Кровоснабжение внутренних органов		■	■	■	■
	Мочевыделительная система	Почки	■		■	■
		Мочевой пузырь			■	■
	Пищеварительная система	Печень			■	
		Желчный пузырь				■
		Селезёнка, поджелудочная железа	■		■	■
		Желудок			■	
		Тонкая кишка				
		Толстая кишка				

□ – норма

▨ – понижение

■ – повышение

Функциональная активность коры в первых двух группах в норме (первые два года обучения), что связано с отсутствием на данном этапе специфической профессиональной деятельности в реальных условиях. Совершенно иная ситуация наблюдается в 3-й группе со стажем от 2 до 10 лет, где функциональная активность коры находится в повышенной активности. Это связано с напряжением психоэмоционального состояния при выполнении операторской деятельности в реальных условиях. В 4-й группе со стажем более 10 лет функциональная активность коры снижена. Можно предположить, что это является следствием развития защитно-приспособительных реакций в коре головного мозга. Многие авторы, как было сказано выше, отмечают, что в условиях военно-профессиональной деятельности в коре больших полушарий происходит распространение тормозного процесса, сопровождающегося развитием ряда психических явлений [3].

В трёх последних группах наблюдается снижение активности гипоталамуса. Гипоталамус – это высший вегетативный центр. Снижение его активности во 2-й, 3-й и 4-й группах связано с вегетативной дисфункцией систем организма. Снижение функциональной активности гипоталамуса прослеживается во всех исследуемых группах. По-видимому, это связано со снижением функциональной активности гипоталамуса (гипоталамо-гипофизарная система). Но у операторов со стажем до полугода активность гипоталамуса сохраняется в норме. Скорее всего, изменение функциональной активности гипоталамуса более чувствительно к стресс-факторам операторской деятельности, чем гипоталамус. Эти изменения носят торпидный характер и сохраняются независимо от стажа работы. Однако указанное снижение активности в гипоталамо-гипофизарной системе, может быть, связано не только с операторской деятельностью, но и, возможно, является следствием действия факторов окружающей специфической среды. Эти результаты согласуются с мнением других авторов [5, 7].

Интересно отметить, что повышение активности ствола головного мозга происходит в 1-й, 3-й и 4-й группах при сохранении нормальной функциональной активности во 2-й группе. Можно полагать, что повышение активности ствола головного мозга связано с активацией анти-стрессовых систем ствола мозга и ретикулярной формации, что обусловлено процессом обучения. По мере усвоения навыков операторской работы функциональное напряжение на уровне ствола головного мозга приходит к норме. В 3-й и 4-й группах при большом стаже работы повышение функциональной активности ствола головного мозга, по всей видимости, связано с исполнением профессиональной работы. Таким образом, к окончанию второго года обучения в центральной нервной системе происходят специфические физиологические изменения характерные для операторской деятельности. При этом формируется специфический профиль ВОД, который отражает напряжение физиологических систем. Избыточ-

ное ВОД дыхательной системы у операторов в условиях военно-профессиональной деятельности можно объяснить напряжением окислительно-восстановительных процессов в ответ на повышенные потребности мозговых структур в кислороде.

Эти результаты согласуются с данными других авторов [6], которые указывают что на 55–60 сут. похода при длительном автономном плавании у 31 % обследованных обнаруживаются неврастенические симптомы, у 53 % – снижение умственной работоспособности, ухудшение внимания и запоминания. Выявленное снижение функциональной активности сердца у лиц 1-й группы объясняется выраженными вегетативно-сосудистыми отклонениями в период обучения. В 1–3-й группах функциональная активность системы кровоснабжения внутренних органов повышена. Следствием изменения тонуса периферических сосудов при декомпенсации может быть развитие артериальной гипертензии. Известно, что операторская деятельность приводит к существенным нарушениям гемодинамики с неблагоприятной направленностью [4, 6]. В 3-й и 4-й группах функциональная активность коронарных сосудов снижена, что говорит об ухудшении регуляции тонуса сосудов сердца с увеличением стажа профессиональной деятельности.

Особенности снабжения питьевой водой и продуктами питания операторов-подводников в походный период приводят к нарушениям со стороны мочевыделительной и пищеварительной систем. Так, повышение функциональной активности почек и мочевого пузыря в 3-й и 4-й группах объясняется нарушением водно-солевого обмена в организме, вследствие чего развивается патология костно-суставного аппарата [4].

Выводы

Таким образом, в группе лиц, обучающихся операторской деятельности (1-й группе) отмечается наименьшее количество отклонений ВОД, а большинство изменений носят функциональный характер и приходят в норму по мере приобретения навыков операторской работы. Наибольшие отклонения в ВОД висцеральных систем выявляются у операторов со стажем работы 10 и более лет.

Можно полагать, что с увеличением стажа профессиональной деятельности выявленные изменения функциональной активности мозга и висцеральных систем приобретают устойчивый характер. Например, при длительном стаже работы у операторов со стороны корково-стволовых систем имеет место преобладание избыточной функциональной активности, а гипоталамо-гипофизарная система при большом стаже операторской работы снижает свою функциональную активность.

Литература

1. *Анискин Д.Б.* Психологический стресс и соматические расстройства / Д.Б. Анискин // *Лечащий врач.* – 1998. – № 1. – С. 54–56.
2. *Богданов Н.Н.* Компьютерная оценка вегетативного статуса методом аурикулярного криорефлексотеста / Н.Н. Богданов, А.К. Макаров. – СПб. : СПбМАПО. – 2003. – 25 с.
3. *Бухтояров О.В.* Динамика внушаемости подводников и стресс-протектированное действие гипносуггестии в длительном плавании / О.В. Бухтояров, А.И. Лупанов, И.Л. Мызников // *Морской мед. журн.* – 1994. – № 5/6. – С. 5–11.
4. *Бучинов А.Д.* Состояние здоровья и психофизиологические особенности личности офицеров плавсостава Военно-морского флота / А.Д. Бучинов, А.И. Лупанов // *Вестн. Рос. Воен.-мед. акад.* – 2004. – № 12. – С. 105–108.
5. *Дасаева Л.А.* Особенности психического статуса, умственной, физической работоспособности и показателей гемодинамики у здоровых и больных артериальной гипертонией, работающих в условиях нервно-эмоционального напряжения / Л.А. Дасаева // *Мед. труда и пром. экология.* – 1995. – № 1. – С. 13–15.
6. *Довгуша В.В.* Отдых на этапах учебно-боевой деятельности подводников : пособие для врачей ВМФ / В.В. Довгуша, И.Л. Мызников. – СПб. : НИИ пром. и морской мед. – 2006. – 94 с.
7. *Использование энтеросорбентов для профилактики и купирования хронического токсического стресса у подводников / М.Б. Мурин, Ю.Н. Белый, В.Г. Барчуков, Ю.А. Саленко // Воен.-мед. журн.* – 2000. – № 3. – С. 62–67.
8. *Кручинина Н.А.* Стресс и артериальная гипертензия / Н.А. Кручинина // *Физиол. журн. им. И.М. Сеченова.* – 1992. – Т. 78, № 11. – С. 104–112.

Статья принята в печать 15.12.2006 г.

ПСИХОТЕРАПИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Е.В. Волгушева, Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Р. Мизерене

ГЕНДЕРНЫЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗА ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПРОЛЕЧЕННЫХ МЕТОДОМ ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ФОРМЕ ЦЕЛЕБНОГО ЗАРОКА

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург;
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;
Психотерапевтический кабинет, Паланга Литва

В качестве критериев эффективности лечебных методов при патологических состояниях, как правило, выбираются признаки, характеризующие положительную динамику состояния органа, системы, организма в целом и, в конечном счете, нормализацию их функций (выздоровление) или хотя бы стабильное их состояние на достаточном функциональном уровне в пределах определенного времени. Такой период времени называют ремиссией заболевания.

В наркологии основным критерием качества реализации лечебных программ является ремиссия, под которой понимается такой этап течения хронического заболевания, когда проявления болезни в значительной мере или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми вновь проявиться при соответствующих условиях.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния анамнестических, социально-психологических и лечебных факторов на формирование трехлетней ремиссии у мужчин и женщин больных алкоголизмом. Исследовательскую выборку составили 2031 больной алкоголизмом, обратившиеся за медицинской помощью в Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ), обследованные с помощью специально разработанного социологического опросника, пролеченные с использованием метода духовно-ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ) и наблюдавшие более 10 лет. В выборку включены 1576 мужчин (77,6 %) и 455 женщин (22,4 %).

При определении длительности ремиссии у этих больных принимались во внимание два обстоятельства. Первое – это особенности метода ДОП ЦЗ: определение самим больным периода предполагаемой ремиссии сроком зарока, а также многократное лечение больных алкоголизмом со сроками зарока продолжительностью менее периода наблюдения. И второе – многолетний мониторинг пролеченных больных. С учетом указан-

ного были применены следующие правила определения длительности трехлетней ремиссии:

- если срок воздержания от алкоголя совпал со сроком зарока, то длительность ремиссии определялась сроком зарока;

- если больной нарушил зарок до завершения его срока, то длительность ремиссии определялась временем от даты сеанса ДОП ЦЗ до даты нарушения зарока;

- если больной снял зарок без его нарушения до завершения срока зарока, то длительность ремиссии определялась временем от даты сеанса ДОП ЦЗ до даты снятия зарока;

- если больной прекратил посещения сеансов поддерживающей психотерапии, а сведения о его срыве отсутствуют, то длительность ремиссии определялась временем от даты сеанса ДОП ЦЗ до даты последнего посещения врача-психотерапевта.

Для больных со сроком зарока более трех лет и сроком воздержания от алкоголя более трех лет длительность ремиссии ограничивалась тремя годами.

При изучении длительности ремиссии в наркологии важно использовать такой математический аппарат, который позволил бы учитывать вклад в групповую ремиссию больных, ушедших из-под наблюдения до завершения срока наблюдения. Наряду с методами одномерной статистики, наибольшие возможности для такого учета предоставляет математико-статистический метод анализа времени выживания (Survival analysis) [1-4].

При использовании этого метода важное значение имеет процедура цензурирования – учет больных, ушедших из-под наблюдения. Цензурированными приняты случаи, когда больные после нескольких обязательных ежемесячных посещений врача для поддерживающей психотерапии прекращали их по разным причинам. В этом случае по телефону, при встрече с родственниками уточнялась причина прекращения посещений врача. Если она заключалась в срыве, то уточнялась дата срыва и больного включали в группу лиц, прервавших ремиссию. Если больной или его родственники сообщали, что все хорошо и нужды в посещении ежемесячных сеансов психотерапии нет, но это вызывало большие сомнения, то такого больного, наряду с вышедшими из-под контроля, также относили в группу цензурированных. В проведенном исследовании цензурированными были больные, которые:

- после основного сеанса, не нарушая зарок, систематически обращались за поддерживающей психотерапией (закреплением зарока) и ушли из-под наблюдения ранее трехлетнего срока наблюдения по самым различным причинам;

- зарок не нарушили, но сняли его с установкой воздержаться от алкоголя самостоятельно в период до трех лет после лечения;

- сохранили состояние ремиссии три года и более.

В начале была построена и изучена модель прогноза вероятности сохранения трехлетней ремиссии у мужчин. В модель вошли 21 наиболее значимых (с надежностью не ниже 85 %) факторов, перечень которых с описанием их градаций приведен в табл. 1.

Таблица 1

*Факторы модели прогноза трехлетней ремиссии у мужчин
(код, наименование и градация)*

Код	Наименование фактора	Градация фактора
X ₁	Срок залога	1 — до 3 лет 2 — 3–10 лет 3 — 10 лет и более
X ₂	Возраст	1 — до 40 лет 2 — 40–55 лет 3 — старше 55 лет
X ₃	Бытовые условия	1 — отдельная квартира 2 — коммунальная квартира 3 — нет своего жилья
X ₄	Отягощенная наследственность психическими расстройствами по линии отца	1 — да 2 — нет
X ₅	Отягощенная наследственность психическими расстройствами по линии матери	1 — да 2 — нет
X ₆	Бытовые условия родительской семьи	1 — хорошие 2 — удовлетворительные 3 — плохие
X ₇	Наличие акцентуаций в виде легкомыслия, поверхностного отношения к жизни	1 — да 2 — нет
X ₈	В анамнезе заболевания – легкомысленное отношение к алкоголю	1 — да 2 — нет
X ₉	В анамнезе заболевания – тяжелые личностные переживания	1 — да 2 — нет
X ₁₀	Прием суррогатов в анамнезе	1 — да 2 — нет
X ₁₁	Снижение интереса к прежним ценностям с началом злоупотребления алкоголя	1 — да 2 — нет
X ₁₂	Появление симптомов нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, обусловленных употреблением алкоголя	1 — да 2 — нет
X ₁₃	Наличие приводов в милицию из-за пьянства	1 — да 2 — нет
X ₁₄	Уровень анозогнозии	1 — высокий 2 — низкий
X ₁₅	Оценка возможности избавления от алкоголизма	1 — легко 2 — трудно 3 — невозможно

Код	Наименование фактора	Градации фактора
X ₁₆	Решение лечиться продиктовано состоянием здоровья	1 — да 2 — нет
X ₁₇	Решение лечиться продиктовано конфликтами с милицией	1 — да 2 — нет
X ₁₈	Попытки прекратить пьянство самостоятельно	1 — да 2 — нет
X ₁₉	В планах на будущее – решение проблем в трудовой деятельности	1 — да 2 — нет
X ₂₀	В планах на будущее – решение хозяйственных вопросов	1 — да 2 — нет
X ₂₁	Источник платы за лечение	1 — свои средства 2 — спонсорские средства

Уровень значимости коэффициентов модели и степень влияния факторов на прогноз трехлетней ремиссии у мужчин сведены в табл. 2.

Таблица 2

Коэффициенты модели вероятности сохранения трехлетней ремиссии мужчинами, уровень их значимости и степень влияния на прогноз

Наименование признака	Код	Коэффициент модели	Exponent beta	Уровень значимости, p	Степень влияния, %
Срок брака	X ₁	-0,15	0,86	0,005	4,07
Возраст	X ₂	-0,32	0,73	0,000	3,46
Бытовые условия	X ₃	0,09	1,09	0,103	5,16
Отягощенная наследственность психическими расстройствами по линии отца	X ₄	-0,27	0,76	0,009	3,63
Отягощенная наследственность психическими расстройствами по линии матери	X ₅	0,22	1,25	0,050	5,94
Бытовые условия родительской семьи	X ₆	-0,13	0,88	0,015	4,16
Наличие акцентуаций в виде легкомыслия, поверхностного отношения к жизни	X ₇	-0,11	0,90	0,069	4,25
В анамнезе заболевания – легкомысленное отношение к алкоголю	X ₈	0,24	1,27	0,001	6,04
В анамнезе заболевания – тяжелые личностные переживания	X ₉	-0,11	0,90	0,094	4,26
Прием суррогатов в анамнезе	X ₁₀	0,05	1,05	0,135	4,97
Снижение интереса к прежним ценностям с началом злоупотребления алкоголя	X ₁₁	0,13	1,13	0,086	5,38

Наименование признака	Код	Коэффициент модели	Exponent beta	Уровень значимости, p	Степень влияния, %
Появление симптомов нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, обусловленных употреблением алкоголя	X ₁₂	0,10	1,11	0,104	5,26
Наличие приводов в милицию из-за пьянства	X ₁₃	-0,13	0,87	0,050	4,15
Уровень анозогнозии	X ₁₄	-0,21	0,81	0,002	3,84
Оценка возможности избавления от алкоголизма	X ₁₅	-0,16	0,86	0,038	4,05
Решение лечиться продиктовано состоянием здоровья	X ₁₆	0,14	1,15	0,037	5,46
Решение лечиться продиктовано конфликтами с милицией	X ₁₇	-0,10	0,91	0,140	4,29
Попытки прекратить пьянство самостоятельно	X ₁₈	0,21	1,24	0,004	5,88
В планах на будущее – решение проблем в трудовой деятельности	X ₁₉	-0,12	0,89	0,067	4,22
В планах на будущее – решение хозяйственных вопросов	X ₂₀	0,12	1,12	0,070	5,33
Источник платы за лечение	X ₂₁	0,27	1,31	0,000	6,20

При исследовании модели определены степень влияния каждого из факторов на прогноз длительности ремиссии. Построенная модель оценена по критерию Хи-квадрат максимального правдоподобия как достоверная ($\chi^2 = 90,9$; $p < 0,0001$; достоверность более 99,9 %), коэффициенты модели значимы с надежностью 85 % и более.

Исходя из значений коэффициентов, интенсивность возникновения рецидивов рассчитывается по формуле:

$$h(t; x) = h_0(t; x) \exp(-0,15X_1 - 0,32X_2 + 0,09X_3 - 0,27X_4 + 0,22X_5 - 0,13X_6 - 0,11X_7 + 0,24X_8 - 0,11X_9 + 0,05X_{10} + 0,13X_{11} + 0,1X_{12} - 0,13X_{13} - 0,21X_{14} - 0,16X_{15} + 0,14X_{16} - 0,1X_{17} + -0,12X_{19} + 0,12X_{20} + 0,27X_{21}), \quad (1)$$

где X_1, X_2, \dots, X_{21} – центрированные значения факторов, т. е. разности их текущих и средних значений.

По знакам коэффициентов модели видно, что такие факторы, как $X_3, X_5, X_8, X_{10}-X_{12}, X_{16}, X_{18}, X_{20}$ и X_{21} при возрастании своих уровней увеличивают интенсивность возникновения рецидивов, а другие – $X_1, X_2, X_4, X_6, X_7, X_9, X_{13}-X_{15}, X_{17}$ и X_{19} – с увеличением уровней снижают интенсивность возникновения рецидивов или увеличивают вероятность сохранения ремиссии.

Из табл. 2 по показателям exponent beta дана оценка относительной величины степени влияния k (в %) для всех факторов, включенных в модель (1), на функцию вероятности сохранения ремиссии.

Наиболее весомый вклад в формирование модели прогноза вносят такие факторы, как: источник платы за лечение (6,2 %), к пьянству подтолкнуло легкомысленное отношение к алкоголю (6,0 %), отягощенная наследственность психическими расстройствами по линии матери (5,9 %), попытка прекратить пьянство самостоятельно (5,9 %), решение лечиться продиктовано состоянием здоровья (5,5 %), снижение интереса к прежним ценностям с началом злоупотребления алкоголем (5,4 %), наличие планов на решение хозяйственных вопросов (5,3 %), наличие изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (5,3 %) и характер бытовых условий (5,2 %). Вклад других признаков был менее 5,0 %.

По результатам кластеризации выделено три основных кластера. 1-й кластер объединил признаки, характеризующие уровень алкогольного разрушения личности на фоне легкомысленного отношения к алкоголю в анамнезе ($X_8, X_{11}, X_{18}, X_{13}, X_{12}$). Доля вклада этих факторов в формирование прогноза длительности трехлетней ремиссии составляет 26,7 %. Во 2-й кластер с общим вкладом в 19,3 % вошли признаки, характеризующие уровень установки на трезвость ($X_{16}, X_{17}, X_{19}, X_{20}$). 3-й кластер составлен за счет признаков, указывающих на разрушенную веру в избавление от недуга на фоне отягощенной наследственности психическими расстройствами как по линии отца, так и по линии матери (X_4, X_5, X_{15}). Степень влияния этих признаков на прогноз составляет 13,6 %. Объединение других признаков в кластеры не оказалось столь очевидно.

График функции вероятности сохранения ремиссии больными мужчинами, адекватный модели интенсивности возникновения рецидивов (1), при средних значениях факторов $X_1 = X_2 = \dots = X_{21}$ (см. табл. 2) дан на рис. 1. Из графика следует, что вероятность годовой ремиссии среди всех больных мужчин составляет 55 %, вероятность двухлетней ремиссии у этой же группы больных – 40 % и трехлетней – 31 %.

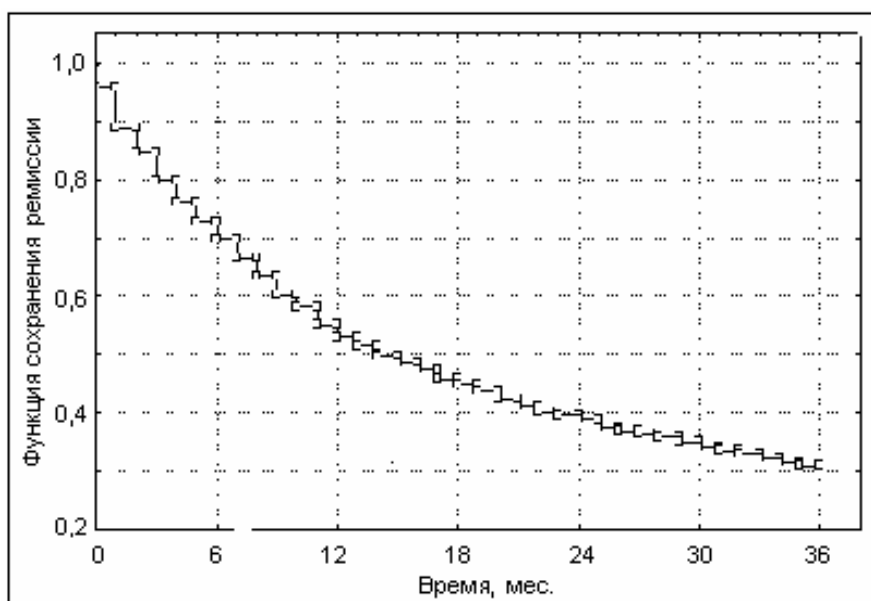


Рис. 1. Функция вероятности сохранения ремиссии у мужчин при средних значениях факторов, включенных в модель.

По схеме, изложенной ранее, осуществлено построение и исследование модели прогноза трехлетней ремиссии для женщин. Факторы, включенные в модель, представлены в табл. 3, результаты моделирования – в табл. 4 и на рис. 2.

Таблица 3

Факторы модели прогноза трехлетней ремиссии у женщин (код, наименование и градация)

Код	Наименование фактора	Градация фактора
X ₁	Срок зарока	1 — до 3 лет 2 — 3–10 лет 3 — 10 лет и более
X ₂	Возраст	1 — до 40 лет 2 — 40–55 лет 3 — старше 55 лет
X ₃	Уровень образования	1 — начальное, незаконченное среднее 2 — среднее, среднее специальное 3 — незаконченное высшее, высшее
X ₄	Дети	1 — один ребенок 2 — двое детей и более 3 — нет детей
X ₅	Бытовые условия пациента	1 — отдельная квартира 2 — коммунальная квартира 3 — нет своего жилья
X ₆	Занятость	1 — работает 2 — не работает
X ₇	Наличие травмы головы с потерей сознания в анамнезе	1 — да 2 — нет

Код	Наименование фактора	Градация фактора
X ₈	Бытовые условия родительской семьи	1 — хорошие 2 — удовлетворительные 3 — плохие
X ₉	Самооценка особенностей личности до заболевания	1 — спокойный и ровный 2 — вспыльчивый
X ₁₀	Уровень астенизации личности	1 — высокий 2 — низкий
X ₁₁	В анамнезе заболевания — непонимание опасности пьянства	1 — да 2 — нет
X ₁₂	В анамнезе заболевания — влияние пьющего ближайшего окружения	1 — да 2 — нет
X ₁₃	Прием суррогатов в анамнезе	1 — да 2 — нет
X ₁₄	Алкогольное изменение личности в виде усиления раздражительности	1 — да 2 — нет
X ₁₅	Алкогольное изменение личности в виде усиления пассивности и лености	1 — да 2 — нет
X ₁₆	Алкогольное изменение личности в виде расстройств психики	1 — да 2 — нет
X ₁₇	Наличие приводов в милицию из-за пьянства	1 — да 2 — нет
X ₁₈	Оценка уровня собственной алкоголизации	1 — алкоголичка 2 — злоупотребляющая алкоголем 3 — умеренно пьющая 4 — трезвенница
X ₁₉	Решение лечиться продиктовано семейными взаимоотношениями	1 — да 2 — нет
X ₂₀	Решение лечиться продиктовано неприятностями на работе	1 — да 2 — нет
X ₂₁	Решение лечиться продиктовано конфликтами с милицией	1 — да 2 — нет
X ₂₂	Источник платы за лечение	1 — свои средства 2 — спонсорские средства

Построенная модель оценена по критерию Хи-квадрат максимального правдоподобия как достоверная ($\chi^2 = 90,9$; $p < 0,0001$; достоверность более 99,9 %), коэффициенты модели значимы с надежностью 85 % и более. Интенсивность возникновения рецидивов у женщин рассчитывается по формуле:

$$\begin{aligned}
 h(t; x) = h_0(t; x) \exp & (-0,40X_1 - 0,23X_2 + 0,20X_3 - 0,24X_4 + 0,29X_5 - \\
 & - 0,32X_6 - 0,82X_7 - 0,16X_8 + 0,41X_9 + 0,16X_{10} - 0,35X_{11} + \\
 & + 0,45X_{12} + 0,16X_{13} - 0,45X_{14} + 0,25X_{15} - 0,22X_{16} - 0,27X_{17} + \\
 & + 0,63X_{18} - 0,26X_{19} - 0,32X_{20} + 0,36X_{21} + 0,17X_{22})
 \end{aligned}
 \tag{2}$$

где X_1, X_2, \dots, X_{22} – центрированные значения факторов, т. е. разности их текущих и средних значений.

При этом факторы $X_3, X_5, X_9, X_{10}, X_{12}, X_{13}, X_{15}, X_{18}, X_{21}$ и X_{22} при возрастании своих уровней увеличивают интенсивность возникновения рецидивов, а другие – $X_1, X_2, X_4, X_6-X_8, X_{11}, X_{14}, X_{16}, X_{17}, X_{19}$ и X_{20} – с увеличением уровней снижают интенсивность возникновения рецидивов или увеличивают вероятность сохранения ремиссии.

Наиболее весомый вклад в формирование прогноза трехлетней ремиссии для женщин (не менее чем 5 %) по мере снижения значимости вносят факторы: оценка уровня собственной алкоголизации; к пьянству подтолкнуло ближайшее пьющее окружение; оценка своего характера до заболевания было спокойным и ровным; к решению лечиться от алкоголизма привели конфликты с милицией; характер бытовых условий у больной; усиление пассивности и лени в характере; уровень образовательного статуса; источник платы за лечение; прием алкогольных суррогатов в анамнезе (табл. 4).

Таблица 4

Коэффициенты модели вероятности сохранения трехлетней ремиссии женщинами, уровень их значимости и степень влияния на прогноз

Наименование признака	Код	Коэффициент модели	Exponent beta	Уровень значимости, p	Степень влияния, %
Срок залога	X_1	-0,40	0,67	0,001	3,0
Возраст	X_2	-0,23	0,80	0,064	3,5
Уровень образования	X_3	0,20	1,22	0,110	5,4
Дети	X_4	-0,24	0,79	0,011	3,5
Бытовые условия пациента	X_5	0,29	1,34	0,023	6,0
Занятость	X_6	-0,32	0,72	0,066	3,2
Наличие травмы головы с потерей сознания в анамнезе	X_7	-0,82	0,44	0,000	2,0
Бытовые условия родительской семьи	X_8	-0,16	0,85	0,135	3,8
Самооценка особенностей личности до заболевания	X_9	0,41	1,51	0,001	6,7
Уровень астенизации личности	X_{10}	0,16	1,17	0,074	5,2
В анамнезе заболевания – непонимание опасности пьянства	X_{11}	-0,35	0,71	0,014	3,1
В анамнезе заболевания – влияние пьющего ближайшего окружающих	X_{12}	0,45	1,57	0,001	7,0
Прием суррогатов в анамнезе	X_{13}	0,16	1,17	0,093	5,2
Алкогольное изменение личности в виде усиления раздражительности	X_{14}	-0,45	0,64	0,020	2,8
Алкогольное изменение личности в виде усиления пассивности и лени	X_{15}	0,25	1,29	0,103	5,7

Наименование признака	Код	Коэффициент модели	Exponent beta	Уровень значимости, p	Степень влияния, %
Алкогольное изменение личности в виде расстройств психики	X ₁₆	-0,22	0,80	0,143	3,6
Наличие приводов в милицию из-за пьянства	X ₁₇	-0,27	0,77	0,089	3,4
Оценка уровня собственной алкоголизации	X ₁₈	0,63	1,87	0,000	8,3
Решение лечиться продиктовано семейными взаимоотношениями	X ₁₉	-0,26	0,77	0,105	3,4
Решение лечиться продиктовано неприятностями на работе	X ₂₀	-0,32	0,73	0,064	3,2
Решение лечиться продиктовано конфликтами с милицией	X ₂₁	0,36	1,43	0,067	6,4
Источник платы за лечение	X ₂₂	0,17	1,19	0,115	5,3

Кластерный анализ вскрыл структуру признаков, включенных в модель. 1-й кластер с общей нагрузкой на прогноз ремиссии в 29,1 % объединил факторы, которые на фоне непонимания опасности пьянства в анамнезе и глубокого алкогольного изменения личности, характеризуют влияние семьи на убеждение употребляющего алкоголь в необходимости лечиться (X₂, X₁₁, X₁₂, X₁₄-X₁₆, и X₁₉). 2-й кластер сформирован за счет факторов, характеризующих решимость лечиться из-за возникших сложностей на работе и с правоохранительными органами при психологической сохранности и благополучном преморбиде (X₇, X₁₇, X₁₈, X₂₀ и X₂₁). Вклад этой группы факторов в прогноз вероятности сохранения трехлетней ремиссии составил 23,3 %. 3-й кластер сформирован при участии факторов, характеризующих социальную сохранность личности, при благополучном соматическом анамнезе и понимании необходимости платы за лечение (X₅, X₉ и X₂₂). Эти факторы обуславливают 18,0 % вклада в прогноз трехлетнего исхода лечения.

График функции вероятности сохранения ремиссии женщинами, адекватный модели интенсивности возникновения рецидивов (2), при средних значениях факторов X₁ = X₂ ... = X₂₂ (табл. 4) дан на рис. 2. Из графика следует, что вероятность годовой ремиссии среди женщин составляет 65 %, двухлетней ремиссии – 47 % и трехлетней – 37 %. Эти данные существенно отличаются от аналогичных по группе мужчин.

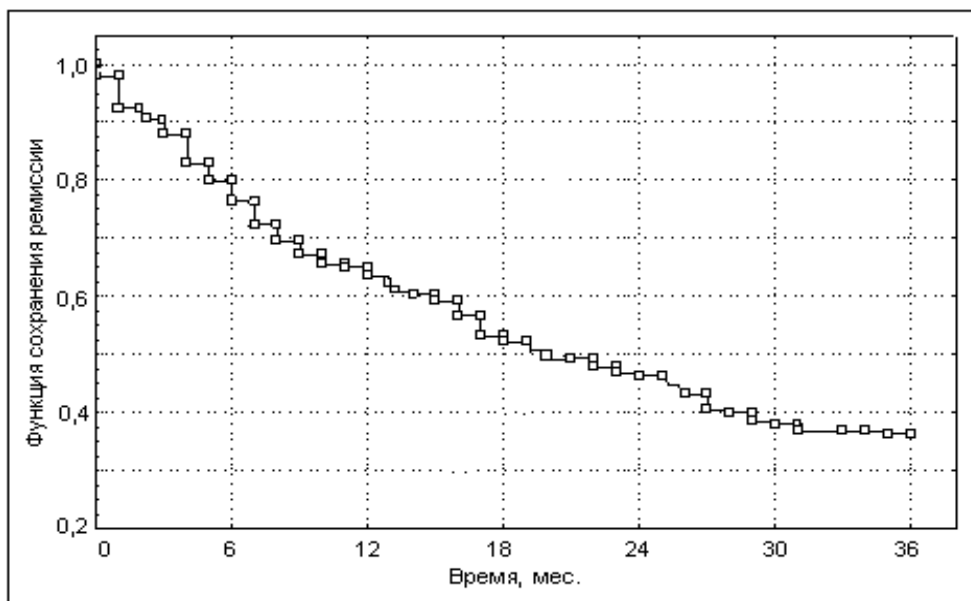


Рис. 2. Функция вероятности сохранения ремиссии женщинами при средних значениях факторов, включенных в модель.

Литература

1. Григорьев Г.И. Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии : дис. ... д-ра мед. наук / Григорьев Г.И. – СПб., 2004. – 463 с.
2. Мизерас С.В. Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при героиновой наркомании на основе метода эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Мизерас С.В. – СПб., 2002. – 23 с.
3. Мизерене Р.В. Оценка и прогноз длительности ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Мизерене Р.В. – СПб., 2000. – 24 с.
4. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – СПб. : ВМедА, 2002. – 266 с.

Статья принята в печать 25.12.2006 г.

РЕЦЕНЗИИ

Е.А. Никитин

РЕЦЕНЗИЯ НА УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПРОФЕССОРА Г.И. ГРИГОРЬЕВА «СТАНОВЛЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ» ВЫПУСК II

Предыдущих два выпуска учебного пособия «Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей», опубликованных в 2007 г. под редакцией профессора Г.И. Григорьева и по благославлению Высокопреосвященнейшего Владимира, Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского тиражом по 500 экз. получили широкий интерес у научной общественности и быстро разошлись, что явилось одной из причин выхода в свет рецензируемого издания.

Подробная рецензия на первый выпуск книги опубликована кандидатом медицинских наук доцентом В.Ф. Зверевым в научно-рецензируемом журнале «Вестник психотерапии» № 21(26) за 2007 г. (с. 116–130). В своей рецензии автор особо подчеркивал, что под резервными возможностями человека в научно-методическом издании понимаются не только возможности психофизиологического плана, но и духовный потенциал личности.

В учебном пособии отражены истоки и излагаются концептуальные основы метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ) на православной основе, разработанного в Международном институте резервных возможностей человека и Свято-Александро-Невском братстве трезвости. Данный метод применяется сегодня для медико-психологической помощи больным патологическими зависимостями в России, Белоруси и Литве. В научной монографии описаны концептуальные основы практической работы Школы трезвения в Свято-Троицкой Александро-Невской лавре.

Данный выпуск учебного пособия принципиально отличается тем, что во введении приводится достаточно подробная характеристика нового метода лечения и его автора – профессора Григория Игоревича Григорьева, научно-методических основ стрессопсихотерапии А.Р. Довженко – базовой медицинской составляющей ДОП ЦЗ на православной основе.¹

Сущность этого метода состоит в создании стойкой психологической установки на длительное воздержание от алкоголя. Такая установка

¹ Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ): Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер, 1999, 2000, 2005.

создается путем применения комплекса психотерапевтических приемов и подходов, «материализованных» посредством стрессорных воздействий, направленных на активацию эмоциональных механизмов мозга и инстинкта самосохранения. При этом без гипноза формируется прочная доминанта полного исчезновения влечения к алкоголю при одновременной актуализации положительной индукции социально значимых ориентаций личности.²

Вторая глава «Православная психотерапия – фундаментальная основа духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока» раскрывает, что источником многих болезней человека являются особенности психосоматических отношений и его страсти. В этой главе человек рассматривается не только как больной, но и как страждущий грешник. Центр тяжести всех страстей и душевных, и телесных образует искаженная и поврежденная духовная сущность человека, заключающаяся в постановке собственного «Я» в центр судьбоносной деятельности, в некую автономность путем своеумия, своеволия и самоугодия. Алкогольная и наркотическая зависимости в святоотеческом понимании диагностируются как страсть чревоугодия, или плотоугодия. Без подвига борьбы со страстями душа не достигает искомого исцеления. Обратившийся за помощью страждущий пациент воспринимается православной психотерапией и как подвижник, вставший на путь преодоления своих немощей, и как страждущий грешник, измученный борьбой со страстями.

Третья глава посвящена методу эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (ЭЭСПТ), который создал научно-методологические предпосылки формирования нового более эффективного метода лечения – ДОП ЦЗ на православной основе. На начальном этапе организации кризисно-реабилитационной помощи при наркоманиях, хроническом алкоголизме, никотинизме, зависимости от азартных игр и чревообъядении в Международном институте резервных возможностей человека применялся стандартный метод стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко. Затем на протяжении нескольких лет метод усовершенствовали и видоизменили.

В этой связи в четвертой главе учебного пособия представлены концептуальные основы, принципы и сущность метода ДОП ЦЗ на православной основе. Метод имеет прочный фундамент религиозно-культурной традиции и обращен к духовному началу человека, что выше психических явлений, изучаемых и врачующихся естественнонаучной медициной. Подобная психотерапия является не просто безмедикаментозным вербальным лечением, ориентированным только на психофизиологические особенности человека, его ум, волю и чувства, но, прежде всего, она направлена на невидимые и анатомически не локализованные в человеке «органы» – его дух, совесть и душу. Основной отличительной особенностью

² Довженко А.Р. Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: Методические рекомендации. М.: МЗ СССР, 1984. – 26 с.

представленного метода от современной научной психотерапии является устранение не только психической (психологической) и физической (физиологической) зависимостей, но и в первую очередь преодоление зависимости духовной и донныне отрицаемой современной наркологической наукой.

Организационной структуре Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ) посвящена пятая глава. Институт был создан в Ленинграде 15 декабря 1988 г. по благословению Его Святейшества Святейшего Патриарха Московского и Всея Руси Алексия II и по благословению Его Высокопреосвященства Высокопреосвященнейшего Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Иоанна.

В состав института входят филиалы и представительства; клиника ассоциации наркологов и реабилитационный психотерапевтический наркологический центр; ученый совет; редколлегия и редакционный совет научно-рецензируемого журнала «Вестник психотерапии»; информационно-аналитический, финансово-экономический, организационно-хозяйственный и издательский отделы; Свято-Александро-Невское братство трезвости; экспериментальная средняя общеобразовательная школа «Пушкинский лицей». Создавали институт многие известные ученые-медики, врачи-психиатры, психологи, биологи, богословы, педагоги, писатели и журналисты, специалисты в области информатики, медицинской статистики, организации здравоохранения и юриспруденции. Общая численность сотрудников МИРВЧ в разные годы колебалась от 150 до 300 человек.

В МИРВЧ разрабатывается духовно ориентированное на православной основе психотерапевтическое направление медицинской науки. Развиваются и постоянно совершенствуются концепции эмоционально-эстетической и духовно ориентированной на православной основе психотерапии в форме целебного зарока при лечении патологических зависимостей, а также концепция психологического «ключа» психофизиологической саморегуляции эмоциональной памяти при неврозах и других психосоматических заболеваниях, путем мобилизации резервных возможностей человеческого организма в условиях психоэмоционального стресса.

Прилагаемый список литературы учебного пособия состоит из 478 источников, в том числе 22 зарубежных, и представляет широкий спектр научно-методических изданий по психотерапии и духовным основам жизнедеятельности человека.

Без сомнения, представленное учебное пособие будет иметь большой интерес у студентов и профессорско-преподавательского состава медицинских вузов, врачей-психиатров, психотерапевтов, широкого круга научной общественности и служителей православной церкви.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

ПОЗДРАВЛЯЕМ С 50-ЛЕТНИМ ЮБИЛЕЕМ



Виктор Юрьевич родился 18 сентября 1957 г. в г. Орле в семье Анны и Юрия Рыбниковых. После окончания в 1980 г. Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург) проходил службу в частях Балтийского Флота, 1-м ЦНИИ Минобороны РФ, Санкт-Петербургском университете МВД России. В настоящее время является заместителем директора по научной и учебной работе ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России.

Помимо медицинской академии Виктор Юрьевич закончил Санкт-Петербургский государственный университет по специальности «психология» (1997 г.), Санкт-Петербургский университет МВД России, по специальности «юриспруденция» (2006 г.). В 1993 г. он успешно защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а в 2000 г. – диссертацию на соискание ученой степени доктора психологических наук. Под научным руководством В.Ю. Рыбникова защищено 11 докторских и 36 кандидатских диссертаций по психологическим, медицинским и педагогическим наукам. Им опубликовано более 250 научных работ, в том числе 11 монографий, 4 учебника для вузов, более 40 учебных и методических пособий, получено 3 патента на изобретения.

Широта научных интересов, профессионализм, большой опыт научно-исследовательской работы, владение современными методами исследований, организаторские и педагогические способности позволили В.Ю. Рыбникову внести значительный вклад в развитие системы психологического обеспечения специалистов экстремальных профессий.

Виктор Юрьевич председатель докторского диссертационного совета при ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России по специальности 05.26.02 – безопасность в чрезвычайных ситуациях; член докторского диссертационного совета при Санкт-Петербургском университете МВД России по специальности 19.00.06 – юридическая психология. С 2000 г. входит в состав экспертного совета ВАК Минобразования и науки России.

Главный редактор журнала «Вестник психотерапии», заместитель главного редактора журнала «Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях».

Указом Президента РФ награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» и 15 медалями Вооруженных сил России, МВД России, знаками «Почетный изобретатель» и «Почетный сотрудник МВД».

Уважаемый Виктор Юрьевич, редколлегия и редакционный совет журнала поздравляют Вас с 50-летним юбилеем, сердечно желают Вам крепкого здоровья, удач, бодрости духа и долгих лет счастливой жизни.

РЕФЕРАТЫ

Курпатов В.И., Осипова С.А., Федоров А.П. Интегративная групповая личностно-ориентированная психотерапия с применением психогимнастических техник // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 09–18.

Представлено мнение о том, что в современных экономических условиях возникла необходимость создания краткосрочного варианта патогенетической личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Для интенсификации групповой динамики предлагается использовать психогимнастические упражнения. Описаны фазы развития группы с указанием наиболее оптимальных упражнений для каждого этапа психотерапии. Выделены основные направления психотерапевтического воздействия на группу согласно групповой динамике.

Ключевые слова: патогенетическая личностно-ориентированная психотерапия, групповая динамика, психогимнастические упражнения.

Семёнов С.П., Касаткин В.А. Антропоптоз: психотерапевтические аспекты психосоциальной депривации (сообщение второе) // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 19–34.

По мере естественного обострения конкуренции отношения между отдельными индивидами, между индивидом и обществом становятся всё более формальными. При этом множество людей фактически лишено возможности полноценной социальной и репродуктивной (прокреационной) самореализации. Такое положение приводит к целому ряду нервно-психических, а так же психосоматических заболеваний. Их прогрессирующее распространение требует разработки адекватных психотерапевтических мер. В статье изложен интегративный подход к решению данной проблемы, опирающийся на современные биологические, физиологические и психологические представления.

Ключевые слова: апоптоз, антропоптоз, аутонекроз, вегетативная нервная система, психосоциальная аутодепривация, родовая функция, танатос, целеустремлённая система, эрос.

Королев А.К. Анализ деятельности амбулаторного психотерапевтического центра (организационные, эпидемиологические и клиникотерапевтические исследования) // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 34–46.

В связи с реформированием медицинской помощи в нашей стране возрастает роль амбулаторных психотерапевтических учреждений. В ста-

тье описывается опыт работы городского психотерапевтического центра (Тольятти). Излагаются организационные, эпидемиологические и клинико-терапевтические аспекты деятельности центра с 1995 по 2006 г.

Ключевые слова: амбулаторная психотерапевтическая помощь, городской психотерапевтический центр, неврозы и другие пограничные состояния.

Решетников М.М. Несовременная философия психотерапии: размышления // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 47–55.

Представлен анализ умозаключений относительно души, психики и тела, основанный на высказываниях философов античности, великих врачей и выдающихся ученых средних веков. Дана критика одностороннего понимания материальности окружающего мира.

Ключевые слова: античная философия, основной закон философии, духовное и материальное.

Жулина Е.В. Амосова М.В. Концепция ранней психологической помощи детям с задержкой экспрессивной речи // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 56–67.

Рассматриваются структурно-концептуальные характеристики ранней психологической помощи детям с задержкой экспрессивной речи. Построение системы диагностической и коррекционной работы базируется на изучении структуры отклоняющегося развития детей с задержкой экспрессивной речи, как интегративного образования, обуславливающего специфические закономерности в развитии экспрессивной речи в аффективной и коммуникативной сферах.

Ключевые слова: психологическая помощь, психологическая диагностика, дети дошкольного возраста, задержка экспрессивной речи.

Евдокимов В.И., Литвиненко О.В. Методические аспекты диагностики развития Интернет-зависимости // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 68–74.

Показано, что Интернет-зависимость формируется у аддиктивно предрасположенной личности в соответствии с динамикой классического аддиктивного процесса, или является новой аддиктивной реализацией сформировавшегося аддикта. Факторами риска развития Интернет-зависимости могут быть профессиональные обязанности с ежедневным массированным использованием Сети и социальная изолированность (недостаток социальной поддержки).

Ключевые слова: аддикция, аддиктивное поведение, Интернет-зависимость, компьютерная зависимость.

Щелкова О.Ю., Кузнецова О.А., Мазурок В.А., Решетов М.В. Диагностика «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 75–83.

Описаны особенности проявления синдрома психического выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов, выявлены зоны наибольшей эмоциональной неудовлетворенности и психологической конфликтности. В структуре синдрома психического выгорания в минимальной степени представлены признаки эмоционального истощения, а в средней и высокой степени – признаки деперсонализации и редукции личных достижений. Показан генезис развития чувства неудовлетворенности в связи с происходящими изменениями под влиянием профессиональной деятельности системы ценностей, поведения, которые четко проявляются на работе и распространяются за пределы профессиональной среды.

Ключевые слова: профессиональный стресс, врачи анестезиологи-реаниматологи, психическое выгорание, деперсонализация, редукция личных достижений

Юсупов В.В., Кузина Р.Х., Евдокимов В.И., Перфилова О.В. Профессиональный психологический отбор женщин, поступающих на военную службу // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 84–93.

Представлена общая схема профессионального психологического отбора (ППО) военнослужащих. Показаны пути нормирования тестов ППО для женщин, поступающих на военную службу. Изучение военно-профессиональной адаптации и профессиональной деятельности обследованных 532 военнослужащих-женщин показало высокую валидность полученных норм.

Ключевые слова: военнослужащие-женщины, профессиональный психологический отбор, психологические тесты, военно-профессиональная адаптация.

Мельницкая Т.Б. Социально-психологические последствия переживания радиационного риска у населения, проживающего на радиоактивно загрязненной территории Брянской области // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 94–102.

С помощью сопоставительного анализа результатов интервью, анкетирования и объективных данных медицинского обследования оценена выраженность психологических факторов у 332 респондентов, прожи-

вающих на радиоактивно загрязненной территории Брянской обл. Контрольную выборку составили 190 жителей, проживавших на радиоактивно незагрязненных районах области. Выявлено, что у около 50 % населения отмечаются неблагоприятные эмоционально-личностные изменения в связи с субъективным восприятием угрозы радиационной опасности. Для снижения уровня стресса у населения, пострадавшего от воздействия радиации, необходимо проведение медико-психологической реабилитации и консультирование для решения социальных проблем.

Ключевые слова: психологическое здоровье, радиационный риск, социально-психологические проблемы, информационный фактор, радиоактивно загрязненные территории.

Ястребов Ю.В. Оценка психофизиологических показателей через электропроводность точек акупунктуры // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 103–110.

Описан метод психофизиологической диагностики. Представлены исследования, которые показали взаимосвязи электрокожного сопротивления точек акупунктуры по методу Накатани и показателей психофизиологического состояния.

Ключевые слова: психофизиологическая диагностика, психофизиологический показатель, меридиан, точка акупунктуры, электропроводность.

Богданов Н.Н., Ильина А.В., Макаров А.К., Бабайцев С.А. Способ диагностики специфических психофизиологических изменений состояния операторов-подводников, обусловленных военно-профессиональной деятельностью // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 111–120.

Представлены результаты исследований вегетативной регуляции физиологических систем у операторов Военно-морского флота. Выявлена динамика показателей психоневрологического статуса у операторов в зависимости от выполнения профессиональной работы. Наибольшие отклонения в регуляции висцеральных систем обнаружены у операторов со стажем работы 10 и более лет. С увеличением стажа профессиональной деятельности изменения функциональной активности мозга и висцеральных систем приобретают устойчивый характер. В частности, со стороны корково-стволовых систем имеет место преобладание избыточной функциональной активности, а со стороны гипоталамо-гипофизарной системы функциональная активность понижается.

Ключевые слова: аурикулярный криорефлексотест, вегетативный тонус, вегетативная реактивность, вегетативное обеспечение деятельности, операторская деятельность.

Волгушева Е.В., Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мизерене Р. Гендерные модели прогноза длительности ремиссии у больных алкоголизмом, пролеченных методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 121–131.

Изучено влияние анамнестических, социально-психологических и лечебных факторов на формирование трехлетней ремиссии у мужчин и женщин больных алкоголизмом. Исследовательскую выборку составили 1576 мужчин (77,6 %) и 455 женщин (22,4 %), обратившиеся за медицинской помощью в Международный институт резервных возможностей человека, обследованные с помощью специально разработанного социологического опросника, пролеченные методом духовно-ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ) и наблюдавшиеся более 10 лет.

Ключевые слова: алкоголизм, ремиссия, преморбидные особенности, духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зарока.

Kurpatov V.I., Osipova S.A., Fyodorov A.P. Integrative personality-oriented group psychotherapy with psychogymnastic techniques // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 09-18.

A need for a short-term version of pathogenic personality-oriented (reconstructive) psychotherapy in the current economic settings is considered. To facilitate a group dynamics, psychogymnastic exercises are proposed. Stages of group development are described, and the most optimal exercises for each stage of psychotherapy are identified. Main directions of psychotherapy effect on the group according to the group dynamics are marked out.

Keywords: pathogenic personality-oriented psychotherapy, group dynamics, psychogymnastic exercises.

Semyonov S.P., Kasatkin V.A. Anthropoptosis: psychotherapeutic aspects of psychosocial deprivation (second report) // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 19-34.

With natural exacerbations of competition, the relationship between individuals, as well as between individuals and the society become more and more formal. Meanwhile, a lot of people are actually deprived of full social and

reproductive (procreational) self-actualization. This situation results in a variety of psychonervous and psychosomatic diseases. Their progressive dissemination requires adequate measures of psychotherapy to be developed. The paper presents an integrative approach to the problem-solving, based on the current biological, physiological and psychological views.

Keywords: apoptosis, anthropoptosis, autonecrosis, autonomic nervous system (ANS), psychosocial autodeprivation, delivery function, Tanatos, purposeful system, Eros.

Korolyov A.K. An analysis of activity of the outpatient psychotherapy centre (organizational, epidemiological and clinical therapeutic research) // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 34-46.

In connection with reforming of medical assistance in our country a role of outpatient psychotherapy institutions increases. The paper describes working experience of the municipal psychotherapy centre (Togliatti city). Organizational, epidemiological and clinical therapeutic issues of the centre activity from 1995 to 2006 are presented.

Keywords: outpatient psychotherapy assistance, municipal psychotherapy centre, neuroses and other borderline disorders.

Reshetnikov M.M. Out-of-date philosophy of psychotherapy: reflections // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 47-55.

An analysis of considerations concerning the soul, psyche and soma is presented based on the statements of antique philosophers, great physicians and outstanding scientists of the Middle Ages. One-sided understating of materiality of the visual environment is criticized.

Keywords: antique philosophy, fundamental philosophy law, spiritual and material.

Zhulina E.V., Amosova M.V. A concept of early psychological help for children with an expressive speech delay // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 56-67.

Structural and conceptual characteristics of early psychological help for children with an expressive speech delay are considered. The diagnostic and corrective work is based upon studying the deviant development in children with a delay of expressive speech; the deviant development is an integrative formation and determines specific patterns of expressive speech in affective and communicative sphere of children of early and preschool age.

Keywords: early psychological help, psychological diagnostics, expressive speech delay, preschool children, family-aligned model.

Evdokimov V.I., Litvinenko O.V. Methodological aspects of diagnosing Internet dependency // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 68-74.

It is shown, that Internet dependency occurs in a personality predisposed to addiction according to the dynamics of classical addiction process, or constitutes a new addictive implementation of the pre-formed addict. Risk factors of Internet dependency can be professional duties with everyday massive involvement in Internet navigating, and also a social isolation (a lack of social support).

Keywords: addiction, addictive behavior, Internet dependency, computer dependency.

Schelkova O.Yu., Kuznetsova O.A., Mazurok V.A., Reshetov M.V. Diagnosis of «mental burnout» among anesthesiology and resuscitation specialists // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 75-83.

Manifestations of the emotional burnout syndrome among anesthesiology and resuscitation specialists are described; areas of the most prominent emotional dissatisfaction and psychological conflict are detected. Within the syndrome of mental burnout, the signs of emotional exhaustion were less intensive, and the signs of depersonalization and personal achievement reduction were of moderate to high degree. The development of dissatisfaction is shown due to effects of professional activities on the value system and behavior; these alterations clearly manifest at work and outreach the professional medium.

Keywords: professional stress, anesthesiology and resuscitation specialists, mental burnout, depersonalization, personal achievement reduction.

Yusupov V.V., Kuzina R.Kh., Evdokimov V.I., Perfilova O.V. Professional psychological selection of women coming in the military service // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 84-93.

A general schema of professional psychological selection (PPS) of the military personnel is provided. Approaches to the standard setting for PPS tests for women coming into the military service are outlined. The research of military professional adaptation and professional activity of 532 examined servicewomen showed an adequacy of the derived standards.

Keywords: servicewomen, professional psychological selection, psychological tests, military professional adaptation.

Melnitskaya T.B. Psychosocial consequences of radiation risk experience in the population of radiation-contaminated territory of the Bryansk region // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 94-102.

Comparative analysis of the interview, poll and objective medical examination data was used to assess the intensity of psychological factors in 332 respondents living in the radiation-contaminated territory of the Bryansk region. The control group consisted of 190 inhabitants of non-contaminated areas. In approximately 50% population adverse emotional and personality abnormalities due to subjective perception of the radiation threat have been detected. In order to diminish stress in population suffered from radiation exposure, psychosocial rehabilitation and counseling for social problem-solving is required.

Keywords: mental health, radiation risk, psychosocial problems, information factor, radiation-contaminated territories.

Yastrebov Yu.V. The estimation of psychophysiological parameters through acupuncture point electroconductivity // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 103-110.

This article describes a method of meridional psychophysiological diagnostics. Studies presented show correlation between the acupuncture point skin electroresistance measured by the Nakatany method, and psychophysiological parameters.

Keywords: psychophysiological diagnostics, psychophysiological parameters, meridian, acupuncture point, electroconductivity.

Bogdanov N.N., Ilina A.V., Makarov A.K., Babaitsev S.A. A method of diagnostics of specific psychophysiological changes in health condition among submarine operators due to their professional military activities // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 111-120.

Results of the study of autonomic regulation of physiological systems in the Navy operators are presented. The dynamics of psychoneurological parameters related to professional activities of operators has been revealed. The biggest abnormalities in visceral system regulation were detected in operators with working experience of 10 years and more. With work experience increase, the alterations in functional brain and visceral system activities become more sus-

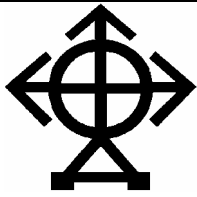
tained. In particular, cortex-stem systems show prevalence of excessive pituitary activity, but functioning of hypothalamus-hypophysis system decreases.

Keywords: auricular crioreflexotest, vegetative tone, vegetative reactivity, vegetative support of performance, operator performance.

Volgusheva E.V., Grigoriev G.I., Grigoriev S.G., Mizerene R. The gender models for prediction of remission time among patients with alcoholism treated by the method of spirit-oriented psychotherapy, a healing vow // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 25(30), pp. 121-131.

Effects of anamnesis, psychosocial and healing factors on a three-year remission among male and female patients with alcoholism have been studied. A study group consisted of 1576 men (77.6 %) and 455 women (22.4 %), turned for assistance to the International Institute of Reserve Human Capabilities, and examined using a specially worked out sociological questionnaire, and treated by the method of spirit-oriented psychotherapy, a healing vow; a follow-up period lasted more than ten years.

Keywords: alcoholism, remission, premorbid characteristics, spirit-oriented psychotherapy (a healing vow).



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург,
Придорожная аллея, д. 11, ОУ «МИРВЧ»
Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79

Уважаемые коллеги!

На базе Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) работает редакция журнала «Вестник психотерапии», целью которого является распространение научных знаний путем публикации статей, научных сообщений и результатов исследований **по медицинским, психологическим, социологическим, биологическим, фармацевтическим и другим наукам** в области психотерапии, коррекционной психологии, психоанализа и смежным проблемам.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-28044 от 12 апреля 2007 г., выданное Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

С 2002 года журнал включен в каталог **Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в отпечатанном виде с приложением дискеты на 3,5 дюйма в текстовом редакторе WORD, шрифт Times New Roman, шрифт 14, межстрочный интервал полуторный. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). По согласованию могут быть опубликованы материалы другого объема. К статье должно быть приложено краткое резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не более половины страницы машинописи на русском и, при возможности, английском языке, с ключевыми словами. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.1-2003 «Библиографическая запись ...».

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Телефон/факс (812) – 513-67-97, 592-35-79, 592-14-19 – заместитель директора МИРВЧ, заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна.

e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Сайт МИРВЧ: www.mirvch.ru

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@rambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: evdok@omnisp.ru)

ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

В августе 2007 г. вышло второе переработанное и дополненное издание учебного пособия «Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей» под ред. профессора Г.И. Григорьева – 297 с.

В учебном пособии прослеживаются истоки и излагаются концептуальные основы метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорка (ДОП ЦЗ) на православной основе, разработанного в Международном институте резервных возможностей человека и Свято-Александро-Невском братстве трезвости. Данный метод применяется сегодня для медико-психологической помощи больным патологическими зависимостями в России, Беларуси и Литве. Описаны концептуальные основы практической работы Школы трезвения в Свято-Троицкой Александро-Невской лавре. Пособие предназначено для врачей-психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов и медицинских психологов.

Заявки присылать по адресу: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, Международный институт резервных возможностей человека, либо на e-mail: vestnik-pst@yandex.ru. Просьба четко указывать Ф.И.О. и адрес для получения учебного пособия.

Стоимость учебного пособия 180 рублей (включая почтовые расходы).

* * *

В 2007 г. вышло два внеочередных номера журнала «Вестник психотерапии» с материалами научно-практической конференции «Актуальные проблемы психолого-педагогической коррекционной и социальной реабилитации в России».

Заявки присылать по адресу: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, Международный институт резервных возможностей человека, либо на e-mail: vestnik-pst@yandex.ru. Просьба четко указывать Ф.И.О. и адрес для получения журналов.

Стоимость двух номеров 300 рублей (включая почтовые расходы).

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ №ФС77-28044 от 12 апреля 2007 г. выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Учредители:

Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГУЗ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России);

Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека» (ОУ «МИРВЧ»).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

191023, Санкт-Петербург, ул. Инженерная, д. 6.

тираж 1000 экз.

цена – свободная